



Evaluation des politiques publiques de santé: une analyse économique appliquée au Cameroun

Sylvain F. Nkwenkeu

► To cite this version:

Sylvain F. Nkwenkeu. Evaluation des politiques publiques de santé: une analyse économique appliquée au Cameroun. Economies et finances. Université de Grenoble, 2014. Français. NNT: 2014GRENE006 . tel-01330770

HAL Id: tel-01330770

<https://theses.hal.science/tel-01330770>

Submitted on 13 Jun 2016

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

THÈSE

Pour obtenir le grade de

DOCTEUR DE L'UNIVERSITÉ DE GRENOBLE

Spécialité : **Sciences Économiques**

Arrêté ministériel : 7 août 2006

Présentée par

Sylvain F. NKWENKEU

Thèse dirigée par **Claudine OFFREDI**

codirigée par **Valérie FARGEON**

préparée au sein du **Laboratoire CREG**
dans l'**École Doctorale des Sciences Économiques**

Évaluation des politiques publiques de santé *Une analyse économique appliquée au Cameroun*

Thèse soutenue publiquement le **04 avril 2014**
devant le jury composé de :

Monsieur Bruno VENTELOU

Directeur de Recherche, CNRS, Greqam, Marseille (Rapporteur)

Monsieur Stéphane TIZIO

Maître de conférences/HDR, Université de Bourgogne (Rapporteur)

Madame Blandine DESTREMAU

Directeur de Recherche, CNRS/CNAM, Paris (Présidente)

Madame Véronique SIMONNET

Professeur, Université Pierre Mendès-France, Grenoble (Membre)

Madame Claudine OFFREDI

Ingénieure/Docteur/HDR, Université Pierre Mendès-France, Grenoble (Directeur)

Madame Valérie FARGEON

Maître de conférences, Université Pierre Mendès-France, Grenoble (Co-directeur)

Université Joseph Fourier / Université Pierre Mendès France /

Université Stendhal / Université de Savoie / Grenoble INP



L'Université n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les travaux universitaires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.

A la mémoire de
Aimé Landry Wandja

Remerciements

Cette thèse n'aurait pas été finalisée sans la contribution remarquable d'un certain nombre de personnes que je tiens à remercier.

Mes plus grands remerciements vont naturellement à l'endroit de Mme Claudine Offredi, ma directrice de thèse, qui a bien voulu accepter d'encadrer ce travail de recherche. En lui exprimant ma reconnaissance, je voudrai lui signifier que ses remarques et critiques ont été déterminantes dans l'aboutissement de ce travail.

Mme Valérie Fargeon, Maître de Conférences en Economie de la Santé et co-directrice de cette thèse, qui a su susciter en moi la passion pour les sciences économiques, et m'a inlassablement accompagné depuis le cycle de Master en Economie. Son professionnalisme, sa patience et sa rigueur scientifique ont été d'un grand secours. Qu'elle reçoive ici, l'expression de ma reconnaissance et de ma profonde gratitude.

Qu'il me soit également permis de remercier l'ensemble des membres du Jury de cette thèse, pour l'honneur qu'ils me font en acceptant de siéger en son sein.

Ma gratitude va également à l'endroit de :

- MM. Simon Leunkeu du Ministère de la Planification, Félicien Fomekong et Christophe Tatsinkou de l'Institut National de la Statistique et Jean-Claude Fokam pour avoir facilité l'accès aux bases de données nationales et pour leur contribution technique dans leur exploitation ;
- Dr Amadou Cissé et M. Alexis Ndzukenku, qui ont accepté de relire ce travail ;
- Mes enfants Anne-Sophie, Franck Christian, Marc-Aurel et Joann Junior pour leur soutien moral inestimable et pour le sacrifice qu'ils ont consenti pendant mes longues absences ;

- Mon épouse Carole, dont la patience et le dévouement ne seront jamais assez récompensés ;
- Mes parents Chantal et David Nkwenkeu ainsi que toute ma famille pour leur soutien constant et leurs encouragements ;
- Les doctorants avec qui j'ai eu plusieurs échanges au cours de ces dernières années au CREG et, Mmes Marie Courcelle et Françoise Veyrat pour toutes les facilités dont j'ai bénéficié et l'accès à de nombreux documents ;
- Toutes les personnes qui ont pris part à cette recherche. De façon particulière, j'aimerais souligner l'appui des autorités administratives, religieuses et traditionnelles des régions de l'Extrême-Nord et du Nord-Ouest, les médecins-chefs des neuf districts sanitaires enquêtés, les responsables des structures de dialogue et des collectivités locales décentralisées, les chefs de mission des organisations internationales et des agences de coopération, les responsables des ONG et du ministère de la santé, pour l'accueil et l'intérêt qu'ils ont accordés à ce travail, et pour l'appui multiforme dont nous avons bénéficié au cours des opérations de collecte des données sur le terrain.

Sommaire

INTRODUCTION GÉNÉRALE

CHAPITRE I. DES POLITIQUES ÉCONOMIQUES QUI AMPLIFIENT LES INÉGALITÉS DE SANTÉ ET LA DÉSORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ

- 1.1. Présentation succincte du Cameroun et de sa dynamique démographique*
- 1.2. Situation macroéconomique et réponses institutionnelles contraignantes à l'accès à la santé : une triple évolution*
- 1.3. La persistance des inégalités de santé comme conséquence des contraintes exercées par les politiques économiques*

CHAPITRE II. INFLUENCE DE L'ÉCONOMIQUE DANS L'ÉDITION ET LA MISE EN ŒUVRE DES POLITIQUES PUBLIQUES DE SANTÉ

- 2.1. Design de recherche et hypothèses pour une analyse empirique des changements institutionnels en matière de santé*
- 2.2. Explications du changement des politiques de santé suivant les hypothèses de l'«ajustement par le haut »*

CHAPITRE III. EFFICACITÉ DU SYSTÈME DISTRIBUTIF ET DÉFAUT D'ÉQUITÉ DANS L'ACCÈS AUX SOINS ET L'UTILISATION DES SERVICES

- 3.1. Traitement théorique du couple efficacité - équité sous le prisme de l'accessibilité à la santé*
- 3.2. Évolution des indicateurs d'efficacité et d'équité*
- 3.3. Le pluralisme thérapeutique dans le choix des recours : entre perception communautaire de la santé et capacité à fonctionner*

CHAPITRE IV. ÉVALUATION DE L'ÉQUITÉ DES DÉPENSES PUBLIQUES DE SANTÉ ET DES BÉNÉFICES RÉVÉLÉS DE L'UTILISATION DES SERVICES

- 4.1. Incidence des dépenses publiques de santé*
- 4.2. Distribution et progressivité des dépenses publiques de santé*
- 4.3. La nécessité de repenser la mesure des effets d'adaptation et les impacts des politiques publiques sur l'accès et l'utilisation des services*

CONCLUSION GÉNÉRALE

ANNEXES

LISTE DES GRAPHIQUES, TABLEAUX ET AUTRES ILLUSTRATIONS

LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION GÉNÉRALE

Cette thèse entend contribuer au débat, tant théorique qu'empirique, sur la question de l'équité dans la conception et la mise en œuvre des politiques publiques de santé et sur les méthodologies employées pour l'évaluer. Les deux niveaux se trouvent ici imbriqués dans la mesure où l'évidence empirique dépend des choix théoriques qui au final permet de confirmer ou d'infirmer les hypothèses émises. Ce questionnement réversible nous place dans une perspective plus large du rapport entre l'économique et le social et permet de comprendre l'évolution non linéaire des systèmes de santé en Afrique, à l'aune de la pensée économique dominante fortement influencée par le modèle néolibéral. Les inégalités sociales et territoriales nées de cette influence de la sphère économique dans le processus de fabrication et le fonctionnement des politiques publiques de santé au Cameroun y sont analysées avec un accent particulier sur les effets induits en termes d'accès aux soins et d'utilisation des services par les différentes catégories socioéconomiques de la population.

1. Éléments de cadrage historique et contextuel

Nous partons du double constat que toute « nouvelle » politique publique se définit en référence à un ensemble de politiques passées (l'ancrage historique et les caractéristiques héritées étant cruciaux dans la construction d'un nouveau modèle par retournement idéologique ou par contingence des schémas en place pour assurer une continuité) et que la réorientation du système de santé semble être le résultat des chocs exogènes en grande

partie à variables économiques. Ainsi, bien que certaines idéologies référentielles aient façonné la trajectoire des politiques sanitaires africaines, il est clair que les contraintes et les rigidités qu'elles portent sont le produit des profondes mutations dont elles sont l'objet. C'est ainsi que depuis leur accession à l'indépendance, les pays d'Afrique subsaharienne ont été soumis à une série de réformes qui se sont parfois chevauchées, dans le but de mettre les politiques publiques (ou de ce qui en tenait lieu) en cohérence avec l'évolution macroéconomique et le contexte institutionnel émergent.

Notre travail s'inscrit ainsi dans une réflexion plus globale avec pour ambition de mettre en relief les inégalités sociales qui naissent des politiques publiques de santé dont l'objectif primaire est d'accroître l'offre de services sans se préoccuper des facteurs qui soutiennent la demande de santé et de services. Cet état de fait constitue un handicap majeur dans la mesure où il entraîne mécaniquement une perte d'équité, pourtant reconnue comme un facteur de redistribution et un moteur du développement économique (nous faisons ici référence à la courroie de transmission qui rattache le développement du capital humain, le principal actif des pauvres, à la croissance économique). Depuis l'indépendance, le secteur de la santé est en réforme permanente. Toutes ces réformes devraient inciter les pouvoirs publics et les professionnels de la santé à revoir le système de production et de distribution des biens et services de santé, porté sur un paradigme technologique hospitalo-centriste, pour satisfaire une demande de plus en plus exigeante, car confrontée à d'importantes barrières financières et socioculturelles [LELOUP et BALMES, 1999]¹. Bien que le droit à la santé soit inscrit dans la Constitution de 1972 comme étant un « *droit fondamental de la personne* » et la santé comme un « *bien public* » qui doit être produit et distribué par l'Etat, les difficultés financières auxquelles fait face ce dernier depuis la crise économique a mis en berne cette prescription, l'éloignant de l'objectif universaliste de *santé pour tous en l'an 2000* adoptée en 1975 par l'Organisation Mondiale de la Santé. Cette situation a été renforcée par le contexte politique international bipolaire, marqué par la guerre froide, et partagé entre deux idéologies politiques opposées : une socio-universelle qui promeut l'équité, et une autre néolibérale, qui milite pour une plus grande efficacité économique des systèmes en place.

¹ LELOUP M., BALMES J.C. (1999), *Les secteurs Santé et Education au Cameroun*, Agence Française de Développement, Service des projets sociaux: Yaoundé, 13p.

La rigidité du système qui reste basé sur des infrastructures hospitalières lourdes est un héritage de la période coloniale qui a longtemps délaissé la justice distributive pour promouvoir les impératifs d'efficacité et d'efficience. Son inférence au système économique néolibéral fait émerger des valeurs qui sont opposées à celles de la participation communautaire. Elle repose davantage sur la coopération que sur le libre choix, disloquant ainsi les communautés traditionnelles et limitant leurs réponses aux besoins essentiels dans un contexte où les richesses ne sont pas redistribuées. L'analyse des contraintes qui pèsent sur la demande et qui se manifestent à travers les différentiels observés dans l'accès et l'utilisation des services passe nécessairement par la compréhension de nombreux défis auxquels elle est confrontée, et qui concourent à l'aggravation des inégalités sociales de santé, avec des modèles de financement de la santé jugés insoutenables. Fort de ce constat, l'UNICEF a été appelé à formuler des propositions très précises destinées à donner aux mesures d'ajustement structurel un « visage humain »². En 2001, le rapport de la Commission Macroéconomie et Santé de l'OMS [2001]³ a adopté une approche assez comparable au rapport pionnier de 1993 de la Banque Mondiale. Il étudie le coût des interventions essentielles requises pour éliminer une grande partie de la mortalité évitable dans les pays à bas revenu. Des objectifs quantitatifs sont fixés à l'horizon 2007 et à l'échéance 2015, constituant ce que l'OMS appelle « le passage à l'échelle supérieure » [AUDIBERT *et al.*, 2004]⁴.

Sur une autre veine, il convient de signaler que l'efficacité et l'efficience des dépenses publiques constituent de véritables drains pour observer un impact significatif sur la réduction des inégalités face à la santé. Pour ce faire, la répartition optimale des ressources (à travers un ciblage adéquat) et le choix des investissements publics dans le secteur en

² L'UNICEF formule en 1987 des propositions visant à relancer la politique des SSP et à réduire la mortalité maternelle et infanto-juvénile en agissant sur les causes profondes de la santé, la nutrition, l'assainissement ou l'approvisionnement en eau, ainsi que les nécessaires transformations structurelles et institutionnelles. Elle recommande pour cela, une meilleure répartition des ressources et une plus grande décentralisation des structures sanitaires et politiques.

³ OMS (2001), *Macroéconomie et santé : investir dans la santé pour le développement économique*, Commission Macroéconomie et Santé (eds), Genève, 2001.

⁴ AUDIBERT M., MATHONNAT J., DE ROODENBEKE E. (2004), « Financement de la santé dans les pays à faible revenu : questions récurrentes, nouveaux défis », *Médecine Tropicale*, 64 (6), 552-560.

sont des facteurs déterminants [KUTZIN, 1995⁵]. Or, les études réalisées dans plusieurs pays en développement montrent que la distribution des dépenses publiques de santé s'exprime en faveur des plus aisés, leur attribuant un caractère essentiellement régressif [DAVOODI *et al.*, 2003⁶, CASTRO-LEAL, 2006⁷] et amplifiant au final les inégalités de santé que les politiques qui les soutiennent sont pourtant censées réduire de façon considérable. Dans les développements qui vont suivre, nous revenons sur les trois éléments qui ont entraîné un déséquilibre tant du point de vue conceptuel que fonctionnel, entre l'offre et la demande de santé, et qui ont le mérite d'expliquer les dysfonctionnements du système de santé qui induisent de nouvelles inégalités à travers les politiques mises en œuvre.

a. Des ruptures qui représentent de véritables défis pour le système national

La Déclaration d'Alma-Ata, adoptée en 1978 par les États membres de l'Organisation Mondiale de la Santé [OMS, 1978]^{8,9} constitue pour les systèmes sanitaires nationaux subsahariens un tournant décisif lorsqu'elle souligne la nécessité d'une action urgente de la part de tous les gouvernements en faveur des soins de santé primaires (SSP), afin de permettre aux pays d'atteindre les objectifs sanitaires dans le cadre d'un développement empreint d'esprit de justice. Cette Déclaration est depuis lors considérée comme un engagement fort de la part des États en faveur d'un développement social inclusif dans la mesure où elle place les SSP au cœur de l'agenda international avec pour finalité une progression équitable de la santé, et donc une formalisation de la qualité des services et des prestations. Elle marque en même temps une rupture avec l'hégémonie dominante des

⁵ KUTZIN J. (1995), *Un cadre pour l'évaluation des réformes du financement de la santé*, OMS – Unité des systèmes et politiques de santé au niveau national, 27.

⁶ DAVOODI H.R., TIONGSON, E.R., ASAWANUCHIT S.S. (2003), *How Useful Are Benefit Incidence Analyses of Public Education and Health Spending?* International Monetary Fund Working Paper 03/227.

⁷ CASTRO-LEAL F. (2000), « Public spending on health care in Africa: do the poor benefit? », *Bulletin of the World Health Organization*, 78 (1), 66-74.

⁸ La *Déclaration d'Alma-Ata*, adoptée le 12 septembre 1978 lors de la conférence internationale sur les soins de santé primaires organisée par l'OMS présentait l'idéal des services inclusifs et exprimait le besoin urgent d'action de la part de tous les gouvernements et de la communauté internationale, afin de protéger et promouvoir la santé de l'ensemble de la population mondiale.

⁹ ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. (1978), « Alma Ata 1978 : les soins de santé primaires », Genève, OMS, collection Santé pour tous, n°1.

pouvoirs publics en matière d'organisation sanitaire pour faire entrer dans le jeu l'ensemble des parties prenantes (*stakeholders*). Quelques années plus tard, la charte d'Ottawa [OMS, 1986] inscrit la promotion de la santé comme une approche qui va au-delà de la prise en charge médicale pour englober les soins préventifs et l'éducation pour la santé. Ce cheminement conceptuel censé guider les politiques nationales aura du mal à influencer les politiques sanitaires qui vont longtemps rester dans une conception de la santé qui renvoie presque uniquement au rétablissement d'un déséquilibre biologique, au lieu d'adopter une approche plus globale qui comprend un paquet complet de services (promotion de la santé, prévention de la maladie, prise en charge globale) qui prenne en compte les différents déterminants de la santé. Les formes d'organisation de la santé qui en découlent vont continuellement faire face à la conjoncture économique durablement défavorable qui va lourdement peser sur le secteur dans son ensemble, remettant à l'ordre du jour les questions liées à la solvabilisation de la demande et à l'inadéquation entre une offre très rigide et une demande fortement portée sur des considérations socioculturelles de la santé. Cette situation intervient au moment où de nombreuses questions sont posées sur l'accès équitable aux services de santé en vue de l'amélioration du bien-être face à la persistance des barrières (financières et socioculturelles) qui handicapent la demande et l'utilisation continue des services, surtout pour les couches les plus défavorisées de la population.

Les trois modèles de politique publique qui se sont succédé puisent leur fondement de deux grands principes qui sont certes éloignés par leur philosophie (l'*équité* pour l'un et l'*efficacité* pour l'autre), mais qui restent complémentaires par les mécanismes qu'ils mobilisent. Ces modèles se construisent à partir d'un référentiel sectoriel lui-même fortement exposé au référentiel marchand dicté par les politiques économiques en place. Il convient de noter que ces politiques économiques prônent entre autres : un assainissement monétaire et financier par le rééquilibrage des balances extérieures, une rigueur monétaire, des réajustements des changes, et surtout une rigueur salariale afin de freiner la demande intérieure, source d'inflation. Par ailleurs, l'édiction internationale marquée par deux ruptures conceptuelles va renforcer le déséquilibre entre l'efficacité et l'équité, et sa traduction dans les faits sera incomplète et biaisée : la Déclaration d'Alma Ata (1978) qui mettait en avant les impératifs d'équité et de financement monopoliste des services de santé par les États ; et l'Initiative de Bamako (1987) ou IB dont l'ambition première était

de remédier aux dysfonctionnements des systèmes de santé sous un angle financier, la déréglementation et l'appel au financement des ménages eux-mêmes dans le cadre des politiques dites de « recouvrement des coûts ».

Les analyses ayant porté sur le bilan de l'IB ont critiqué, non pas seulement ses objectifs financiers qui n'ont pas été tenus, mais aussi et surtout ses impacts sur l'évolution des inégalités en santé [RIDDE, 2004¹⁰; TANTI-HARDOUIN, 2000¹¹]. Cette mise sous contrainte économique des politiques sanitaires amplifie les inégalités et consolide le système dans une position qui l'amène à rechercher une organisation globalement performante sans pour autant accorder une attention particulière aux critères d'équité. Si le droit à la santé est reconnu comme fondamental et inscrit dans la Constitution du Cameroun, il convient de préciser que sa pleine jouissance suppose l'éradication des trappes à pauvreté sanitaire afin de bâtir une société juste et équitable à travers une plus grande cohésion sociale comme le précise WILKINSON [2002]¹² : « *la réduction des inégalités doit devenir un objectif politique de premier plan si nous voulons que la santé et le capital social se renforcent, si nous voulons nous débarrasser de préjugés contraires à l'intérêt commun et créer une société mondiale plus ouverte et pacifiée* ». L'effort d'une formulation explicite de la politique publique de santé (Stratégie Sectorielle de la Santé) en 2001 naît du constat que les résultats économiques ne correspondent pas aux espoirs formulés, mais ont des conséquences désastreuses sur le plan social. L'absence de considérations pour les plus pauvres lors de la mise en œuvre des Programmes d'ajustement structurel (PAS) renforce ce besoin dans la mesure où ils ont conduit à une augmentation sans précédent de la pauvreté et des inégalités sociales, traduisant ainsi une crise d'expansion du modèle ultralibéral [KYDD, 1988¹³; WORLD BANK, 1994¹⁴; FOUNOU-TCHUIGOUA, 1994¹⁵]. Ce

¹⁰ RIDDE V. (2004), *L'initiative de Bamako 15 ans après. Un agenda inachevé*, HNP Discussion paper, Washington DC, World Bank, 54.

¹¹ TANTI-HARDOUIN N. (2000), « Regards d'économiste sur les défis de la santé dans les pays en voie de développement », *Bulletin Amades*, (En ligne), URL : <http://amades.revues.org/index429.html>.

¹² WILKINSON R. (2002), *L'inégalité nuit gravement à la santé*, Cassini, Paris.

¹³ KYDD J.G. (1988), « Policy reform and adjustment in an economy under siege: Malawi 1980-87 », *Inst. Dev. Stud. Bull.*, 19 (1), 31-41.

¹⁴ WORLD BANK (1994), *Adjustment in Africa. Reforms, results and the road ahead*, Washington D.C., 1994.

paradigme ne peut désormais se justifier qu'avec l'adjonction des politiques sociales structurelles pour rattraper les inégalités à travers le déploiement des ressources additionnelles issues de la remise du service de la dette.

Devant le tableau peu reluisant des principaux indicateurs de survie, la SSS apparaît pour le secteur comme étant l'expression d'une démarche politique du Gouvernement et de la communauté internationale à inverser les tendances, c'est-à-dire la réduction des inégalités d'état de santé, de mortalité, à travers un meilleur accès et une utilisation continue des services de santé. Cette politique publique affichait comme objectif de « *remédier aux inégalités engendrées par le référentiel sanitaire¹⁶ en cours* », dit *hospitalo-centré*, caractérisé par une certaine verticalité avec des structures de soins trop souvent inaccessibles tant géographiquement que financièrement. La SSS devient ainsi le nouveau cadre de référence de la mise en œuvre de la politique sanitaire nationale avec « *des problèmes abordés de façon intégrée et globale* » [SSS, 2001]. Cependant, son processus de construction semble à tous égards s'apparenter au bricolage des politiques publiques, ce qui l'aurait enraciné sur un modèle stato-centré et vertical (approche *top-down*) où se conjuguerait encore de manière contradictoire *efficacité économique* et *efficience sociale*. Cette démarche déjà porteuse de multiples griefs est susceptible d'agir grandement sur sa performance au cours de la mise en œuvre et d'aggraver les disparités d'accès aux soins. Aura-t-elle force d'action de rompre avec la pratique de l'hospitalo-centrisme inspirée des systèmes de santé occidentaux pour concilier véritablement l'offre et la demande des soins en élargissant les possibilités de choix et d'options ? Cette interrogation se situe au cœur de l'évaluation que nous entreprenons et qui intervient en conformité avec les prescriptions méthodologiques des spécialistes des politiques publiques, qui préconisent un temps relativement long (5 à 10 ans) entre la phase de mise en œuvre et celle de l'évaluation de ses produits/résultats [SABATIER, 1986a]¹⁷.

¹⁵ FOUNOU-TCHUIGOUA B. (1994), *L'échec de l'ajustement en Afrique*, Alternatives Sud, Centre Tricontinental, Louvain-la-Neuve (1) 2, 11p.

¹⁶ La notion de référentiel renvoie ici à l'idée que toute politique publique est organisée autour d'une certaine image du secteur à gérer, autour d'un certain nombre de recettes dont les effets sont éprouvés, et autour d'un certain nombre de valeurs qui la relient à l'ensemble de la société [JOBERT, 1993].

¹⁷ SABATIER P. A. (1986), *What can we learn from implementation research*, Guidance, control and evaluation in the Public sector, FAUFMANN F-X., MAJONE G. OSTOM V. and WIRTH W. (eds), New York: 313-325.

b. Une recomposition des politiques sanitaires strictement subordonnée aux politiques économiques

Les références empiriques sur les rapports entre les politiques économiques et les politiques publiques de santé en Afrique portent essentiellement sur des analyses transversales qui examinent l'efficacité de l'action publique à partir de ses répercussions sur l'évolution des indicateurs globaux de santé [WAGSTAFF, 2001¹⁸ ; GWATKIN, 2001¹⁹ ; EASTWOOD et LIPTON, 1999²⁰]. Or, l'architecture institutionnelle à l'origine de la croissance économique semble occuper une place nodale dans l'appréhension et la complexité des phénomènes observés. Elle permet d'ailleurs de réinterpréter l'historicité de l'action publique et les processus politiques dont elles sont l'aboutissement. L'analyse rétrospective de la trajectoire des systèmes de santé sur le terrain africain offre incontestablement un espace fécond non seulement pour la compréhension des rythmes de son évolution, mais aussi pour évaluer le poids des politiques économiques qui pèse sur elle et qui vient parfois briser les équilibres institués. Leur légitimité est acquise à partir des effets qu'elles génèrent sur la société, ce qui contribue en retour à légitimer ou à délégitimer les politiques économiques sur la base desquelles elles se construisent et se déconstruisent.

Ces politiques économiques sont elles-mêmes fortement influencées par des facteurs exogènes qui déterminent leur performance. Elles se positionnent entre deux champs qui interagissent à savoir : celui des déterminants structurels de la croissance et celui du capital social dont la faiblesse constitue un obstacle à cette croissance. L'exposition à des chocs exogènes (commerce international, fluctuations monétaires, exportations, etc....) influe grandement sur la faible croissance par son effet sur la politique économique. Par ailleurs, le poids des contraintes internes au système (dérégulation de l'appareil étatique, détérioration du capital social, etc.) peut constituer un véritable frein aux réformes, en ce

¹⁸ WAGSTAFF A. (2001), *Inequalities in health in developing countries: swimming against the tide?* Washington (DC): World Bank, Policy Research Working Paper.

¹⁹ GWATKIN D. (2001), « The need for equity-oriented health sector reforms », *International Journal of epidemiology*, 30, 720-723.

²⁰ EASTWOOD R, LIPTON M. (1999), « The impact of changes in human fertility on poverty », *Journal of Development Studies*, 36, 1-30.

sens que ces réformes sont susceptibles d'impacter le processus de décision du gouvernement au point d'annihiler les effets positifs de la politique économique [DESSUS *et al.*, 1997]²¹.

Les politiques de santé subsahariennes font actuellement face à l'exigence de quitter, du moins en partie, le champ de l'organisation de l'offre des services principalement centré sur l'efficacité, pour se diriger sur celui de l'accessibilité financière et socioculturelle aux soins, qui agit grandement sur ces inégalités. L'accès aux soins et l'adoption d'itinéraires thérapeutiques différenciés constituent alors des portes d'entrée pour analyser les effets de l'action publique en matière de santé, car elles restent instrumentales dans la reproduction des choix et des nécessités. Il est actuellement prouvé que l'inscription d'une dynamique évolutive dans l'analyse des inégalités sociales induites par les divergences internes se rattache entre autres aux systèmes de valeurs comme des *habitus*²² différentialistes, des représentations héritées et des références sociétales. L'influence de ces facteurs auxquels se greffent les contraintes économiques rend cependant difficile toute généralisation tendant à expliquer la rationalité des changements institutionnels et l'alternance des modèles de politique publique dans le domaine de la santé.

A partir d'un corpus théorique emprunté à la nouvelle économie institutionnelle, nous essayons de mobiliser les développements contemporains autour de deux centres d'intérêt que sont « l'environnement économique », structurant les choix politiques des changements institutionnels, et les effets empiriques de ces changements sur la modification des comportements des usagers des services ainsi que les « arrangements institutionnels » subséquents [DAVIS et NORTH, 1971]²³. Enfin, les théories de la justice sous-tendant des préoccupations de redistribution des ressources ayant pour finalité une plus grande distribution entre les individus, il sera question de montrer comment l'allocation des ressources publiques entre les différents niveaux de la pyramide sanitaire

²¹ DESSUS S., LAFAY J-D., MORRISSE C. (1997), « Un modèle politico-économique des programmes de stabilisation en Afrique », *Revue d'Économie du Développement*, 4, 64-111.

²² L'*habitus* est un système de dispositions qui engendre et organise les pratiques, lesquelles s'adaptent à la logique du champ social dans lequel elles évoluent.

²³ DAVIS L. E., NORTH D. C. (1971), *Institutional Change and American Economic Growth*, Cambridge, Cambridge University Press.

constitue l'un des enjeux des politiques d'équité et de justice sociale, notamment à travers l'utilisation des services et les bénéfices qu'ils induisent au niveau individuel. Nous tenterons de dégager le caractère original des politiques édictées, mais aussi leurs limites, et de faire ressortir la part d'influence de l'économie qui semble avoir profondément modifié leurs orientations stratégiques et les résultats poursuivis.

c. Un modèle de financement à bout de souffle qui pèse sur l'accessibilité

L'évolution du modèle de financement du système de santé au Cameroun amène à s'interroger sur l'impact des politiques de recouvrement des coûts auprès des usagers, dans un contexte où ces derniers supportent la part la plus importante des dépenses de santé. D'après le rapport de l'enquête sur les conditions de vie et le profil de la pauvreté au Cameroun de 2002, la diminution du nombre de visites dans les formations sanitaires est la conséquence du paiement individuel direct (*out-of-pocket*) comme forme d'expression de « recouvrement des coûts » de la santé. Les incidences financières de la politique sanitaire constituent donc pour le Cameroun une préoccupation majeure dans l'accès aux soins et l'utilisation des services de santé. Deux de leurs aspects présentent un intérêt particulier : les effets de la politique budgétaire du Gouvernement sur le budget de la santé, et les ressources nécessaires pour la réforme hospitalière.

D'après l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), les gouvernements doivent allouer 15% de leur budget aux dépenses liées à la santé afin d'atteindre les objectifs d'un accès pour tous. En effet, la dépense totale de santé (DTS), qui représente la somme des dépenses de santé publiques et privées en matière de prestation de services de santé (préventifs et curatifs), d'activités de planification familiale et de celles ayant trait aux activités de nutrition, est en constante augmentation. De 1965 à 1985, cette dépense a augmenté à un rythme plus rapide que le produit intérieur brut (PIB) avant de diminuer brusquement jusqu'en 2000 où elle est restée constante et reflète une augmentation des dépenses publiques plus faible que celle du PIB (en valeur absolue), et donc une baisse considérable (en valeur relative) de la part du budget de l'Etat dans le secteur. La revue des dépenses publiques de santé pour la période 2007-2009 a permis de dégager de l'exécution financière du budget une moyenne annuelle de 120,48 milliards F CFA, dont 30,78 milliards F CFA en investissement et 89,69 milliards F CFA en fonctionnement,

avec des taux d'exécution moyens qui s'élèvent à 74,59%, 84,24% et 55,89%, respectivement.

En 2010, le Cameroun consacrait 1,04% de son PIB à la santé et, en moyenne, 4,47% de ses dépenses publiques à la santé alors que le ratio de financement par habitant et par an s'élevait à 14 dollars américains (US\$). Le rapport de la Banque Mondiale intitulé « *Better Health in Africa* » de 1991 estimait à 13 US\$ le coût annuel minimal par habitant pour offrir des soins de santé de base (SSB) à 90% de la population des pays en développement, ce qui correspondrait à un minimum de 15 US\$ en 1996 [NTANGSI, 1998]²⁴. L'OMS recommande le seuil de 34 US\$ par habitant et par an pour accélérer l'atteindre des objectifs sanitaires inscrits dans le cadre des OMD. Suivant les déciles de bien-être socioéconomique, la dépense par habitant est de 5,4 US\$ par an pour les 10% les plus pauvres et de 90,4 US\$ par an pour les 10% les plus riches. Ainsi, si l'on estime à 15 US\$ par an le coût minimum des SSB, on observe que 63% de la population n'y aurait pas accès. Si l'on tient compte de la participation de l'Etat et des bailleurs de fonds aux dépenses de santé et que l'on suppose qu'elles sont équitablement réparties sur l'ensemble de la population, le quatrième décile de la population ne peut alors financer le coût théorique des soins de santé de base. Autrement dit, environ 40% de la population n'a pas les moyens de financer le coût théorique des soins de santé de base alors que le seuil d'accessibilité aux SSB serait actuellement autour de 50% de la population [Enquête sur les recours aux soins et aux médicaments, 2005].

Le cadrage macroéconomique et budgétaire se fait à travers le cadre de dépenses à moyen terme (CDMT) qui définit de manière triennale des enveloppes hiérarchisées de ressources, compatibles avec la stabilité macro-économique et certaines priorités stratégiques explicites. Il permet une estimation des coûts à court et à moyen termes de la politique publique, ainsi qu'une prise de décision recourant à un processus itératif qui harmonise les coûts et les ressources disponibles. L'arrimage au CDMT central depuis la période 2007-2009 a été préjudiciable pour le secteur de la santé dans la mesure où les dépenses effectuées au niveau central ont décru d'une année à l'autre, passant de 46,3 milliards FCFA en 2007 à 42,5 milliards FCFA en 2009 (soit -4,1% de diminution en

²⁴ NTANGSI J. (1998), *An analysis of Health Sector Expenditures in Cameroon Using a National Health Accounts Framework*. 1998, World Bank resident Mission, Yaoundé, p22.

moyenne). Les dépenses du niveau opérationnel ont connu une forte diminution entre 2007 et 2008 (-54,6%), puis ont augmenté en 2009 (49,1%). On observe qu'en définitive, les dépenses effectuées aux niveaux central et opérationnel ont une proportion respective de 37% et 58% des dépenses totales, alors que les dépenses réalisées au niveau intermédiaire atteignent à peine 5% du volume total. La faiblesse des montants exécutés au niveau intermédiaire révèle d'une mauvaise répartition des ressources au détriment du niveau intermédiaire qui devrait disposer de suffisamment de moyens pour coordonner, suivre et évaluer les activités des districts sanitaires en tant que le niveau où s'opérationnalise la politique sanitaire nationale. Ces performances mitigées appellent à un certain arbitrage afin de concilier la qualité des prestations des soins, l'application du principe de l'égalité d'accès et la réalisation des économies budgétaires.

Si les dépenses publiques de santé ont connu une évolution positive en termes absolus et courants ces dernières années, les ressources allouées demandent cependant à être mieux qualifiées, tant du point de vue des paramètres utilisés que de leur champ d'application. L'un des premiers constats est que les allocations budgétaires aux niveaux central, intermédiaire et périphérique ne se font pas sur la base d'une norme établie. Ces allocations sont affectées sans une prise en compte réelle des besoins de chaque district sanitaire. De plus, la forte centralisation dans la gestion des programmes ne facilite pas toujours la mobilisation financière au niveau opérationnel, ce qui conduit, avec l'opacité des circuits de financement, aux faibles performances enregistrées en termes de décaissement et de réalisation des budgets. En effet, les dépenses ne profitent pas particulièrement au niveau le plus opérationnel et le plus nécessaire. Cela serait en partie imputable aux règles d'allocation budgétaire de ces ressources qui ne font pas intervenir un facteur discriminant (discrimination positive) qui tiendrait compte de la situation économique des zones où sont implantées les formations sanitaires ; ce qui est tout de même difficile à réaliser dans le contexte institutionnel actuel. Ces dépenses publiques sont essentiellement orientées vers le fonctionnement et l'offre de services de santé dans un contexte où la prévention et la promotion de la santé sont reléguées au second plan. Certaines études [EVANS et STODDART 1990²⁵ ; McKEOWN, 1976²⁶, ILLICH, 1976²⁷], en

²⁵ EVANS R., STODDART G. (1990), « Producing health, consuming healthcare », *Social science and medicine*, 31 (12), 1347-1363.

²⁶ McKEOWN T. (1976), *The modern rise of population*. New York, Academic press Colgrove.

s'appuyant sur la notion de déterminants de la santé, ont montré que le système de soins ne contribuerait que faiblement – entre 10 et 20% selon McKEOWN [1976]²⁸ - à l'amélioration de la santé de la population, remettant ainsi en cause la très grande focalisation sur l'hospitalo-centrisme et les choix opérés en matière d'allocation des ressources qui restent principalement centrés sur les soins médicaux curatifs [BRUNAT, 2010]²⁹.

D'après l'audit du ministère de la santé, la chaîne de dépenses publiques connaît plusieurs dysfonctionnements qui se matérialisent par : (i) la lourdeur des procédures, (ii) la multiplication des acteurs, (iii) l'observance des délais importants, (iv) le peu d'attention portée à l'effectivité de la dépense et à la qualité des prestations délivrées, (v) le contrôle quasi-inopérant. Ceci rend difficile l'exhaustivité et la fiabilité des informations sur les activités et les ressources propres à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. Le financement du secteur santé par l'État était jusqu'à très récemment affecté à 60% au niveau des services centraux, au détriment des niveaux inférieurs dont l'action s'applique directement sur les populations les plus nombreuses et les plus démunies. Le relèvement du pourcentage de financement au niveau périphérique devrait sensiblement contribuer à l'amélioration de l'état de santé de la population rurale qui fait pourtant face à plusieurs barrières d'ordre économique, socioculturel, et géographique.

Dès lors, les enjeux dont il est question dans cette thèse relèvent dans un premier temps de la problématique de réduction des inégalités de santé à travers l'allocation optimale des externalités positives issues de la croissance économique entre différents groupes sociaux. Les disparités de morbidité et de mortalité importantes selon les classes sociales et les niveaux de revenus témoignent des dysfonctionnements majeurs en termes d'unité, de solidarité, de redistribution et d'efficacité des institutions, c'est-à-dire le cadre institutionnel dans lequel se conçoit et s'exerce l'action publique. Elles constituent la vitrine de la forme organisationnelle de l'offre des services de santé et permettent de saisir

²⁷ ILLICH I. (1976), *Medical nemesis: the expropriation of health*. New York, Pantheon.

²⁸ Ibid

²⁹ BRUNAT M. (2010), *Analyse économique de l'accessibilité aux soins primaires en France : La question de l'organisation de l'offre de services de santé ambulatoires*, Thèse de Doctorat ès sciences Economiques, Université de Grenoble, 462 p.

la pertinence des politiques publiques de santé en place³⁰. Dans un second temps, elle envisage d'interpréter le cheminement, ou mieux, les trajectoires socio-économiques de la régulation du système de santé au Cameroun pour reprendre l'expression de TIZIO [2005]³¹. Le financement de la santé respecte ainsi la logique des politiques qui les portent. Au Cameroun, comme dans l'ensemble des pays subsahariens, le système de financement est marqué par trois orientations successivement dominantes. La première, basée sur la gratuité des soins, a d'abord reposé sur le développement de programmes verticaux puis sur la nécessité de rendre les soins de santé primaires accessibles à tous. La seconde, tout en réaffirmant l'orientation en faveur des soins de santé primaires, introduit la participation financière des usagers et cherche à intégrer les actions de santé selon une approche en termes de système de santé de district. La troisième, fortement influencée par les analyses entre santé et développement et les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD), met en exergue la nécessité de développer les dispositifs assuranciers en vue de solvabiliser la demande [AUDIBERT *et al.*, 2004]³².

L'équité est abordée ici sous un angle nouveau, celui des répercussions des inégalités de santé sur les comportements et les trajectoires individuelles. Trois aspects de cette question sont explorés : l'interdépendance entre état de santé et perceptions communautaires, l'identification des populations faiblement couvertes par l'offre de santé (en termes de dépenses publiques et d'accès aux soins) et la compréhension des comportements individuels qui expliquent le choix des recours thérapeutiques. L'influence du niveau de vie des ménages constitue un handicap majeur dans l'accroissement de la couverture sanitaire et établit le lien entre la faiblesse des ressources (mesurée à travers les privations en biens et services) et la capacité à fonctionner (mesurée à travers la demande de soins et de médicaments, et l'utilisation des services de santé). La désaffectation des structures formelles de soins au profit des structures informelles permet d'étayer cette

³⁰ La santé peut être appréciée non seulement en tant qu'indicateur de développement économique mais aussi comme forme de capital humain. Comme indicateur de développement économique, la santé permet d'apprécier le succès ou l'échec d'un pays dans sa tentative de procurer à sa population des moyens vitaux. En tant que forme de capital humain, c'est un élément important du développement futur d'un pays.

³¹ TIZIO S. (2005), « Trajectoires socio-économiques de la régulation des systèmes de santé dans les pays en développement: une problématique institutionnelle », *Mondes en Développement*, 33 (131), 45-58.

³² AUDIBERT M., MATHONNAT J., DE ROODENBEKE E. (2004), « Financement de la santé dans les pays à faible revenu : questions récurrentes, nouveaux défis », *op. cit.*

affirmation, et l'infléchissement de la tendance actuelle passe nécessairement par la définition des mécanismes appropriés visant l'augmentation de la demande de soins.

L'approche reposant sur l'analyse des bénéfices tirés des politiques publiques de santé (les effets) a le mérite de montrer que les dépenses de santé sont inégalement distribuées et les services faiblement utilisés, ce qui permet de suggérer quelques explications à l'observation. Toutefois, cette approche est insuffisante pour traiter convenablement les questions d'inégalités et d'inéquité en matière de santé. La lutte contre les inégalités de santé ne peut donc se soustraire à la compréhension intelligible des différentes étapes de construction des outils de mesure, en particulier en termes d'inégalités des chances (nous faisons ici référence à la thèse développementaliste d'Armatya SEN).

2. Design de recherche

Dépassant le cadre de l'économie de la santé, plusieurs thèses ont contribué à animer le débat sur les dynamiques de changement dans l'action publique, l'assimilant à tout changement organisationnel. On se situe alors au croisement des théories qui peuvent se regrouper en 2 grands ensembles : d'une part celles qui postulent pour la dépendance au passé ou « *path dependence* » pour justifier l'inertie institutionnelle [PIERSON, 1997³³ ; LINDBLOM, 1959³⁴] et, d'autre part, aux antipodes des premières, celles qui militent en faveur d'un changement radical et de l'innovation [SCHUMPETER, 1983³⁵ ; FLICHY, 1995³⁶]. Le point de convergence de ces deux courants reste le confinement sur les rapports de force entre les acteurs en présence et la centralité du rôle de la puissance publique (*politics*) dans la reproduction de l'ordre social. L'abord de l'analyse des alternances politiques à travers l'approche nouvelle empruntée à l'économie dite néo-institutionnelle et à l'approche des référentiels de politiques publiques (RPP) a balisé des pistes qui permettent aujourd'hui d'avoir une meilleure compréhension des ruptures qui

³³ PIERSON P. (1997), « Increasing returns, path dependence and the study of politics », *EUI Working Papers*, SPS 44, 1-46.

³⁴ LINDBLOM C. (1959), « The Science of muddling through », *Public Administration Review*, 19, 78-88.

³⁵ SCHUMPETER J. (1983), *Histoire de l'analyse économique*, Paris, Gallimard, Tome 3, p 589.

³⁶ FLICHY P. (1995), *L'innovation technique. Récents développements en sciences sociales. Vers une nouvelle théorie de l'innovation*. Paris : La Découverte, 172-173.

naissent des chocs de temporalité entre des champs parfois en conflit, car portés par des intérêts souvent divergents et dont les corrélations entre les variables s'établissent pour produire le changement de politique. Nous postulons d'emblée que les politiques publiques de santé au Cameroun sont la résultante d'une conjonction de déterminants enchevêtrés, dictés par des considérations économiques et un agenda international faiblement traduit au niveau du système national de santé. Les logiques sous-jacentes qui guident leur construction sont par conséquent porteuses d'écueils pouvant compromettre, voire handicaper leur mise en œuvre. Construites suivant une approche *top-down*, elles regorgent des risques d'accentuation des inégalités d'accès aux soins et nécessitent une réelle logique de redistribution visant plus d'équité dans l'optique d'une plus grande justice sociale.

Par ailleurs, notons que la mise au travail des théories du changement institutionnel est restée limitée en termes de champ et d'espace dans la mesure où elle mobilise des outils construits et affinés dans des contextes démocratiques occidentaux à partir d'expériences situées. Leur transférabilité vers les situations africaines, de par la complexité de leurs cadres politico-institutionnels, exige un effort de contextualisation qui reviendrait à intégrer d'autres aspects le plus souvent à géométrie variable. Plusieurs auteurs ont d'ailleurs pointé du doigt les contraintes méthodologiques qui ne facilitent pas toujours leur application. Pour d'autres, on ne devrait même pas parler de politiques publiques dans un « État en pointillé », en l'absence d'une société civile organisée ou encore dans le cadre d'une gestion néo-patrimoniale des services publics [BAYART, 2006]³⁷. Dans des conditions dont le cadre conceptuel politique est difficile à saisir [ENGUELEGUELE, 2002]³⁸ et en l'absence d'une culture de débats publics pluralistes et contradictoires [NKWENKEU et BARRERE, 2007]³⁹, il est difficile de contribuer à la fabrication des politiques publiques, d'où leur émergence à partir des pratiques sans qu'elles aient suivi un véritable processus de maturation politique et bénéficié du façonnement du jeu d'acteurs. Un auteur

³⁷ BAYART J-F. (2006), *L'Etat en Afrique : la politique du ventre*, Paris, coll. « Espace du politique », 439 p.

³⁸ ENGUELEGUELE M. (2002), « L'analyse des politiques publiques en Afrique subsaharienne : les apports de la notion de « référentiel » et du concept de « médiation », In : *Afrique Politique, Paris, Karthala*, p.234.

³⁹ NKWENKEU F. S., BARRERE J-Y (2007), « Du local au multilatéral : Pour une meilleure utilisation des espaces de coopération entre l'Europe et l'Afrique », in : TARRIT F. (eds), *Le Livre Blanc pour une Politique en Afrique transparente et responsable*, L'Harmattan, 87-101.

camerounais s'interroge même sur l'existence des politiques publiques en Afrique suivant le sens que leurs attribuent les analystes ou les spécialistes de la science politique [HOUALA, 2006]⁴⁰.

Ces limitations nous obligent, avant de procéder aux observations empiriques qui devraient nous permettre d'apprécier la cohérence et la pertinence de la politique publique de santé au regard des valeurs défendues et des effets obtenus, à bien saisir le cadre théorique, fil conducteur de notre analyse. Celui-ci découle d'une hybridation mettant en commun l'économie néo-institutionnelle qui permet de comprendre la régulation publique à partir des configurations diverses qui émergent au rythme des conjonctures intervenues, et l'analyse des politiques publiques à travers les référentiels qui amène à comprendre la construction des cadres institutionnels à partir des rationalités et des négociations entre les différents acteurs. Notons également que l'évaluation basée sur la théorie d'action s'inspire du courant de la rationalité limitée en sciences sociales. Il n'y a donc pas une méthode, mais des méthodes d'évaluation qui correspondent chacune à une théorie de la politique publique dans un contexte donné. D'où la pluralité du corpus théorique que nous mobilisons pour appréhender la complexité du design de la politique publique et l'effort de mesure des effets observés (prenant en compte l'environnement économique dans lequel évolue la politique publique et le jeu d'acteurs qui concourt à son édition) afin d'apprécier sa « plus-value sociale » [OFFREDI et RAVOUX, 2010]⁴¹. L'analyse compréhensive de l'évolution macroéconomique et des réformes intervenues dans le système de santé ne relève donc pas du hasard, dans la mesure où la politique économique construit une forme de marché particulière et sectorielle [BATIFOULIER et GADREAU, 2006]⁴².

Notre démarche qui se veut hypothético-déductive, nous impose une dynamique conduisant à avoir dans chaque chapitre une approche théorique et une spécification

⁴⁰ HOUALA Y.A. (2006), *Existe-il des politiques publiques en Afrique? Une discussion à partir du terrain camerounais*. Communications dans le cadre du colloque de Bordeaux des 03 et 04 mars 2006, *L'Afrique des politiques publiques : banalité des terrains ou illusions méthodologiques?* CAEN et Maison des Sciences de l'Homme d'Aquitaine.

⁴¹ OFFREDI C., RAVOUX F. (2010), *La notion d'utilité sociale au défi de son identité*, L'Harmattan, 269 p.

⁴² BATIFOULIER P., GADREAU M. (2006), « Comportement du médecin et politique économique de santé. Quelle rationalité pour quelle éthique ? », *Journal d'économie médicale*, 24 (5), 229-239.

empirique, chacun d'eux reposant sur un cadre théorique de référence différent mais complémentaire. Dans un premier temps, nous essayons d'expliquer à partir d'un ensemble d'observations, l'évolution des inégalités socioéconomiques de santé suivant une approche utilisant les techniques de décomposition de la population en quintiles de richesse (mesurées à partir du proxy du revenu qui est le niveau des dépenses) comme des effets que les transformations institutionnelles ont eus sur les usagers des services de santé. Ceci nous permet d'une part de dégager les différences entre les riches et les pauvres au sein de la population, et, d'autre part, d'observer la distribution des variables de santé par quintile de bien-être socioéconomique au niveau de l'accès aux services délivrés ou de l'allocation des ressources publiques de santé. Nous traitons donc ici les inégalités face à la santé qui s'exercent au détriment des pauvres, ainsi que de l'évolution de l'appauvrissement et des inégalités de revenus associées aux dépenses de santé.

Dans un second temps, nous faisons un état des apports empiriques sur les cadres d'analyse de l'accessibilité aux soins qui intègrent les variables institutionnelles et socioéconomiques, et qui permettent de comprendre les implications sociales désastreuses des politiques économiques portées sur le référentiel marchand au détriment des plus pauvres/vulnérables. Ce découpage s'avère nécessaire dès lors que l'on considère les multiples contraintes nationales d'ordre structurel et/ou conjoncturel⁴³ qui ont placé le référentiel sectoriel de la santé au croisement des situations non maîtrisées. Beaucoup sont reliés à des déterminants socioéconomiques (et culturels à travers la pluralité des représentations et des normes en matière de santé) et macroéconomiques, et à l'édiction internationale à travers les contraintes financières auxquelles fait face le Cameroun et qui, non seulement ajoute une strate supplémentaire de normes, mais explique la puissance des conditionnalités externes au gré de la porosité publique.

Nous essayons dans cette thèse de démontrer comment la traduction imparfaite des grands principes internationaux a conduit les pouvoirs publics à centrer leur action sur l'efficacité à la défaveur de l'équité. Considérées comme le passage obligé pour envisager l'application des « mesures incitatives » en vue d'une plus grande justice distributive en matière de santé, les politiques sectorielles développées n'ont pas produit les effets

⁴³ Il faut comprendre ici par contraintes nationales les difficultés internes liées au contexte national, mais aussi au difficile positionnement dans la nouvelle architecture financière internationale.

escomptés. Ce constat appelle à l'exploration des pistes de solutions ou mieux, à un diagnostic prospectif pour plus d'équité dans la mise en œuvre des politiques publiques de santé. Car, ces politiques publiques engagées, bien qu'à priori volontaristes, n'arrivent pas toujours à réaliser pas le droit à la santé partout et pour tous. Un effort de distinction est fait entre l'accès et le recours aux soins. Sans apparaître *de facto* comme statique, le recours aux soins renvoie à la stratégie élaborée pour entrer en contact avec un système de soins suivant les besoins exprimés, les ressources dont on dispose, l'information et les préférences qui motivent la démarche du patient. Pour sa part, l'accès se définit par la facilité qui s'offre à l'individu pour parvenir à cette stratégie, c'est-à-dire les possibilités de bénéficier de tous les accompagnements afin de satisfaire le recours souhaité, que lesdits accompagnements soient préventifs, éducatifs ou curatifs.

L'analyse de l'efficacité et de l'efficience, mais également de l'équité en matière de santé se fait généralement à partir des données sur l'utilisation des services et leur financement. Les indicateurs relatifs à la distribution des soins de santé ont été davantage formulés en termes d'inégalité plutôt que d'inéquité ; or il est souhaitable d'aborder les questions distributives en matière de santé également sous l'angle de l'équité. Pour juger de l'équité des politiques de santé, il faut en particulier pouvoir évaluer si des individus présentant les mêmes besoins reçoivent les mêmes services publics de santé (équité horizontale). Les différents travaux initiés sur la définition d'indicateurs de concentration de l'accès aux services de santé montrent dans la plupart des cas que les dépenses de santé sont peu susceptibles d'influencer la distribution de l'accès à la santé entre les différents quintiles. Elles mettent également en évidence le fait que cet accès est influencé de manière significative par les caractéristiques socio-économiques des ménages comme l'accès à l'éducation (éducation des mères) et le niveau de richesse. D'autre part, les problèmes de santé étant, dans les pays pauvres comme le Cameroun, fortement concentrés dans les couches les plus défavorisées de la population, la question de l'équité dans les politiques publiques de santé se pose avec la plus grande acuité. Il y a donc, au niveau microéconomique comme au niveau macroéconomique, un piège de pauvreté associé à la santé. Quelques travaux récents [GWATKIN *et al.*, 2007⁴⁴; GWATKIN *et al.* 2004⁴⁵;

⁴⁴ GWATKIN D.R., RUTSTEIN S., JOHNSON K., SULIMAN E., WAGSTAFF A., AMOUZOU A. (2007), *Socioeconomic differences in Health, Nutrition and Population within developing countries – An overview*, Washington DC, The World Bank Group.

WAGSTAFF et VAN DOORSLAER, 2000⁴⁶] ont permis de progresser dans ce domaine, tant sur le plan conceptuel qu'empirique. Plutôt que de viser l'exhaustivité, nous comptons aborder dans ce travail ce qui nous paraît être les faits stylisés les plus pertinents qui ressortent de cette littérature, c'est-à-dire l'approfondissement, à partir d'un cadre conceptuel appliqué à un pays pour mieux comprendre et expliquer les interactions entre les politiques sanitaires et les politiques économiques. Trois hypothèses spécifiques sont ainsi soumises à l'épreuve empirique :

Hypothèse 1 : Les politiques publiques de santé au Cameroun ont une visée purement économique qui les éloigne du référentiel de justice ; leur objectif primaire reste d'accroître l'offre de services sans se préoccuper des facteurs qui soutiennent la demande de santé et de services, ce qui renforce un système d'inégalités sociales.

Hypothèse 2 : Les approches de fabrication et de fonctionnement des politiques sanitaires les amènent à perdre leur capacité performative et mobilisatrice, conduisant à une certaine dissonance cognitive entre le modèle global et le mode d'intervention sectorielle.

Hypothèse 3 : Les dépenses de santé sont faiblement ciblées et régressives, amplifiées par la non institutionnalisation de la fonction d'évaluation, ce qui rend inadaptés, au sens de la justice sociale, les techniques et les outils appliqués.

3. Plan de la thèse

Notre travail s'articule en quatre chapitres auxquels il faut ajouter une introduction générale et une conclusion générale.

La première partie s'inscrit dans le champ de l'économie institutionnelle, plus particulièrement dans le courant néo-institutionnel pour saisir l'importance de l'histoire économique du pays et son influence sur l'évolution du système de santé, ce qui permet de

⁴⁵ GWATKIN D.R., BHUIYA A., VICTORA C.G. (2004), « Making health system more equitable », *Lancet*, 364, 1273-1280.

⁴⁶ WAGSTAFF A., VAN DOORSLAER E. (2000), « Measuring and testing for inequity in the delivery of health care », *Journal of Human Resources*, 35, 716-733.

comprendre le fonctionnement de l'offre de services de santé et ses ressorts. Nous présentons l'évolution du contexte économique et institutionnel des politiques publiques de santé en deux sections. Dans un premier temps, nous faisons un bref rappel de la relation entre les sphères sanitaire et économique dans une perspective de développement social en mettant en évidence l'existence d'une évolution concomitante entre elles, quoique parfois décalée. Ensuite, nous présentons la situation générale et spécifique du secteur de la santé en faisant un état des lieux et en établissant le déséquilibre entre l'offre et la demande de santé, mettant en exergue l'impact de la trajectoire récessive de l'économie nationale et ses corollaires sur l'état de santé des populations. Dans un second temps, nous explorons les éléments qui se sont exprimés en faveur de l'émergence d'une politique publique explicite du secteur, ainsi que les principaux déterminants qui lui ont dicté de l'orientation politique. Ces différents déterminants sont endogènes (la rationalité économique marchande et la dérégulation institutionnelle) et exogènes (l'aide publique au développement et l'édition internationale) au contexte national, et expliquent les ruptures à l'origine des changements institutionnels et leur rôle capital dans la perte du référentiel d'accessibilité aux soins tant au niveau du processus de fabrication des politiques publiques de santé qu'au stade de leur mise en œuvre.

Le chapitre deux aborde les questions relatives aux fondements et à la construction de la SSS à partir de l'approche d'analyse des politiques publiques par les référentiels, notamment la médiation et les négociations au cours du processus (*policy process*), mettant ainsi à l'épreuve empirique les hypothèses de « l'ajustement par le haut ». Nous empruntons en partie la dimension néo-institutionnaliste pour essayer de comprendre comment les groupes de médiateurs se positionnent au cours du processus (*policy making*) et comment ils arrivent à mettre en cohérence le référentiel sectoriel de la santé avec le référentiel global de marché qui, lui, revêt un caractère spontané et impératif (*problem solving*). Nous portons notre analyse sur trois communautés épistémiques plus ou moins forts qui agissent de façon peu structurée : la communauté financière internationale, les organisations internationales de développement et, les organisations de la société civile. Le chapitre souligne enfin les logiques implicites de l'action publique et leurs risques de répercussions négatives, tout en faisant un effort de décoder le jeu d'acteurs qui s'est exprimé, ce qui permet d'avoir une meilleure compréhension des tendances lourdes qui ont entamé sa mise à l'agenda et sa régulation.

Le troisième chapitre met en relief dans sa première partie les théories de la justice à travers les développements récents dans la littérature par rapport aux concepts d'équité et de justice sociale qui sont supposées guider les politiques sanitaires suivant les prescriptions internationales. Elles permettent d'argumenter en faveur de l'existence d'un flottement des politiques publiques en construction entre les principes idéologiques faiblement traduits qui renforce le conflit *efficacité versus équité*. A partir d'un nombre d'indicateurs préalablement définis, nous questionnons la robustesse de la politique sectorielle de la santé (SSS) à renverser les tendances suivant les perspectives de distribution (efficacité) et d'accessibilité (équité). En d'autres termes, notre analyse vise à établir le différentiel qui existe entre l'efficacité des services et l'équité dans l'accès par les populations aux services délivrés, afin de trouver des pistes de réconciliation (agrégation efficacité - équité). Nous soutenons ici que l'influence des politiques économiques sur les politiques publiques sanitaires a induit un effet contraire aux objectifs de réduction des inégalités d'accès portés par ces dernières, s'éloignant davantage de leur effet amortisseur de chocs auxquels s'expose continuellement le référentiel sectoriel.

Le chapitre quatre vient boucler notre recherche en appréciant l'efficacité allocative et l'efficience des dépenses publiques de santé ainsi que leur impact sur l'utilisation des services (accès effectif) et les bénéfices révélés de leur utilisation par les usagers. L'évaluation du ciblage des dépenses publiques de santé permet donc non seulement d'estimer le bénéfice réellement acquis du recours aux services publics de santé (liens entre l'accessibilité aux services publics), mais aussi, de leur donner un contenu d'équité. La problématique de l'allocation des ressources publiques de santé au Cameroun est abordée en démontrant qu'elles peuvent constituer un élément moteur de la croissance à partir du moment où les choix d'investissement bénéficient d'un ciblage adéquat. L'objectif est donc de déterminer comment l'allocation des ressources consacrées au système de santé permet d'atteindre les objectifs de réduction des inégalités (ou de l'accroissement de l'accessibilité pour toutes les catégories) et d'engager, au final, l'économie sur une croissance vigoureuse et durable. Cette question est fondamentale dans la mesure où la théorie économique de la croissance endogène situe l'accumulation du capital humain (le principal actif des pauvres) au cœur de la croissance économique.

CHAPITRE 1

DES POLITIQUES ÉCONOMIQUES QUI AMPLIFIENT LES INÉGALITÉS DE SANTÉ ET LA DÉSORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ

INTRODUCTION DU CHAPITRE 1

Si la littérature économique s'accorde à reconnaître que la représentation dominante qui sous-tend désormais les politiques publiques contemporaines est nourrie des théories issues de l'économie néoclassique [BARBIER, 2001]⁴⁷, on est amené à penser que l'optimum social de la population résulte naturellement de l'optimum économique (cf. optimum de Pareto). Or, même dans les pays industrialisés, on a noté au fil des années, suite aux progrès technologiques nés de la croissance économique et industrielle, une amélioration globale et incontestable de la santé avec des espérances de vie à la naissance qui ont progressivement augmenté sans pour autant régler la question des inégalités sociales de santé. Cette situation trouve son explication dans le fait qu'en matière de santé,

⁴⁷ BARBIER J.-C. (2001), *Des modèles d'insertion en Europe ?* Communication au colloque de l'Association d'Economie Politique 'Les défis de l'intégration sur les marchés du travail', Montréal, 25-26 octobre 2001.

les inégalités, de même que leurs déterminants, sont multiples et multifactoriels. L'OMS [2008]⁴⁸ dans son *Rapport sur la Santé dans le Monde* illustre comment les inégalités sociales de santé sont le résultat d'interactions entre différents niveaux : les caractéristiques biologiques des individus, les comportements et styles de vie, les influences des groupes sociaux, les facteurs liés aux conditions et milieux de vie et de travail, l'accès aux services sociaux essentiels (offre alimentaire, éducation, logement, système de santé, etc.), les conditions économiques, environnementales et culturelles qui prévalent dans l'ensemble de la société. En revanche, les catégories pauvres sont reconnues comme celles souffrant d'une multitude de privations qui se traduit par des niveaux élevés de mauvaise santé et restent de ce fait maintenues dans le cercle vicieux de la pauvreté.

Dans les sociétés présentant une structuration sociale hiérarchisée, les inégalités sociales de santé seraient la résultante de l'architecture sociale et de ses construits. Ces inégalités s'expriment par des différences d'état de santé mesurables entre les groupes sociaux et traversent l'ensemble de la population suivant un gradient qui suit la hiérarchie sociale (les pauvres, les médians et les riches, auxquels s'ajoutent les indigents qui rentrent dans une catégorie spécifique d'exclus/marginalisés). L'existence d'un tel gradient exprime une ségrégation de la population en différents groupes sociaux, ce qui amène à interpellier la cohésion sociale et les logiques d'action publique qui promeuvent une société juste [COUFFINHAL *et al.*, 2005]⁴⁹. Le creusement des inégalités de santé affecte le capital social qui constitue le reflet de l'efficacité de la politique redistributive d'un pays et partant, la performance des politiques économiques mises en œuvre. Plusieurs travaux ont démontré que la croissance du PIB qui n'exprime qu'une moyenne ne permet pas toujours d'appréhender la réalité économique et sociale d'un pays car elle reste une construction à visée purement performative, d'où la nécessité de découpler la performance économique

⁴⁸ ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE (2008), *Primary health care : now more than ever*, Rapport sur la santé dans le monde en 2008.

⁴⁹ COUFFINHAL A., DOURGNON P., GEOFFARD P-Y., GRIGNON M., JUSOT F., LAVIS J., NAUDIN F., POLTON D. (2005), « Politiques de réduction des inégalités de santé, quelle place pour le système de santé ? Un éclairage européen. Deuxième partie : quelques expériences européennes », *Questions d'Economie de la Santé*, 93.

du progrès social et du traitement des inégalités [KAHNEMAN et KRUEGER, 2006⁵⁰ ; WAGMAN et FOLBRE, 1996⁵¹ ; WEITZMAN, 1976⁵² ; NORDHAUS et TOBIN, 1973⁵³]. Selon le Rapport de la Commission pour la Mesure des Performances Economiques et du Progrès Social (CMPEPS) dont la mission première était de déterminer les limites du PIB en tant qu'indicateur des performances économiques et du progrès social, le PIB n'est pas erroné en soi, mais l'est dans son utilisation. Ladite Commission prescrit de « *mettre davantage l'accent sur la mesure du bien-être de la population que sur celle de la production économique, et qu'il convient de surcroît que ces mesures du bien-être soient resituées dans un contexte de soutenabilité* » [CMPEPS, 2008].

Partant de l'hypothèse d'endogénéité entre les variables socioéconomiques de la population et la distribution de l'accès aux services par celles-ci, VAN DOORSLAER et KOOLMAN [2002]⁵⁴ placent la justice distributive en santé comme une priorité pour les politiques économiques non seulement parce que les problèmes de santé sont inclusifs de la pauvreté, mais aussi parce que leur dégradation contribue à enfermer, au niveau macroéconomique, les pays dans le piège du sous-développement. Cette association pauvreté-santé révèle un lien de causalité à double sens : la pauvreté engendre la mauvaise santé et la mauvaise santé entretient la pauvreté. Dès lors, nous avons dans ce chapitre l'ambition de comprendre dans un premier temps comment la répartition fonctionnelle des ressources a évolué dans le secteur de la santé au cours des différentes politiques économiques, et dans un second temps, comment elles engendrent de nouvelles inégalités en ignorant la capacité financière des populations et la pluralité des normes et des représentations en matière de santé.

⁵⁰ KAHNEMAN D., KRUEGER A. (2006), « Developments in the Measurement of Subjective Well-Being », *Journal of Economic Perspectives*, 20 (1), 3-24.

⁵¹ WAGMAN B., FOLBRE N. (1996), « Household Services and Economic Growth in the U.S., 1870-1930 », *Feminist Economics* 2 (1), 43-66.

⁵² WEITZMAN M. L. (1976), « On the Welfare Significance of National Product in a Dynamic Economy », *The Quarterly Journal of Economics*, 90, 156-162.

⁵³ NORDHAUS W., TOBIN J. (1973), « Is Growth Obsolete? » in: *The Measurement of Economic and Social Performance, Studies in Income and Wealth*, National Bureau of Economic Research, 38.

⁵⁴ VAN DOORSLAER E., KOOLMAN X. (2004), « Explaining income-related inequalities in doctor utilization in Europe », *Health Economics*, 13 (7), 629-647.

Le graphique 1 schématise le cadre conceptuel qui détermine les itinéraires des résultats sanitaires à partir des interrelations entre les niveaux macro (politiques économiques et sanitaires), méso (systèmes de santé et systèmes connexes) et micro (ménages, communautés). Il démontre qu'en matière de santé, les effets positifs ne sont pas la résultante exclusive d'une offre excessive du système, mais bien plus des facteurs qui, aux niveaux des ménages et de la collectivité, soutiennent la demande de santé et de services (les déterminants immédiats de la santé qui s'expriment à travers les représentations de la maladie et de la santé, la solvabilité financière des ménages, le recours aux soins et l'utilisation des services – accessibilité socioculturelle, participation communautaire, etc.). Inversement, l'aggravation des inégalités de santé est fortement corrélée à des déterminants non médicaux de la santé et de la maladie qui déterminent le recours aux soins et l'accès aux services délivrés. Par ailleurs, au niveau macro, la mise sous contrainte économique des politiques publiques de santé peut induire un effet dérégulateur dans la mesure où il agit directement sur la disponibilité, l'accessibilité (physique, financière) et la qualité des services qui déterminent aux niveaux communautaire et individuel la demande des services de santé.

On dispose cependant de très peu d'éléments quantitatifs sur le degré d'inégalité face à ces déterminants de la santé. Savoir que la distribution de tel ou tel déterminant immédiat (individuel ou communautaire) défavorise les pauvres ne nous dit pas dans quelle mesure il explique les inégalités face à la santé. Aussi, le simple fait de savoir que sa distribution défavorise les pauvres n'indique pas le degré d'importance en tant qu'élément explicatif des inégalités. Le rôle qu'un déterminant particulier joue dans l'inégalité face à la santé dépend, d'une part, de sa répartition à travers les groupes socio-économiques et, d'autre part, de son impact sur la santé [WAGSTAFF *et al.*, 2001]⁵⁵. Deux catégories d'indicateurs permettent de mesurer les inégalités de santé : la première, plus objective, permet d'exprimer les résultats en termes de mortalité et de morbidité, alors que la seconde évalue l'état de santé tel que perçu par les individus selon les classes sociales ou la catégorie socioprofessionnelle. Au Royaume-Uni, NORTH *et al.* [1993]⁵⁶ ont tenté d'expliquer la forte relation inverse entre le grade hiérarchique et l'absence pour maladie en recourant à l'analyse de

⁵⁵ WAGSTAFF A, VAN DOORSLAER E, WATANABE N. (2001), *On decomposing the causes of health sector inequalities, with an application to malnutrition inequalities in Vietnam*. Washington (DC), World Bank Policy Research Working Paper n° 2714.

⁵⁶ NORTH F, SYME SL, FEENEY A, HEAD J, SHIPLEY MJ, MARMOT MG. (1993), « Explaining socioeconomic differences in sickness absence : the Whitehall II study », *British Medical Journal*, 306, 361–366.

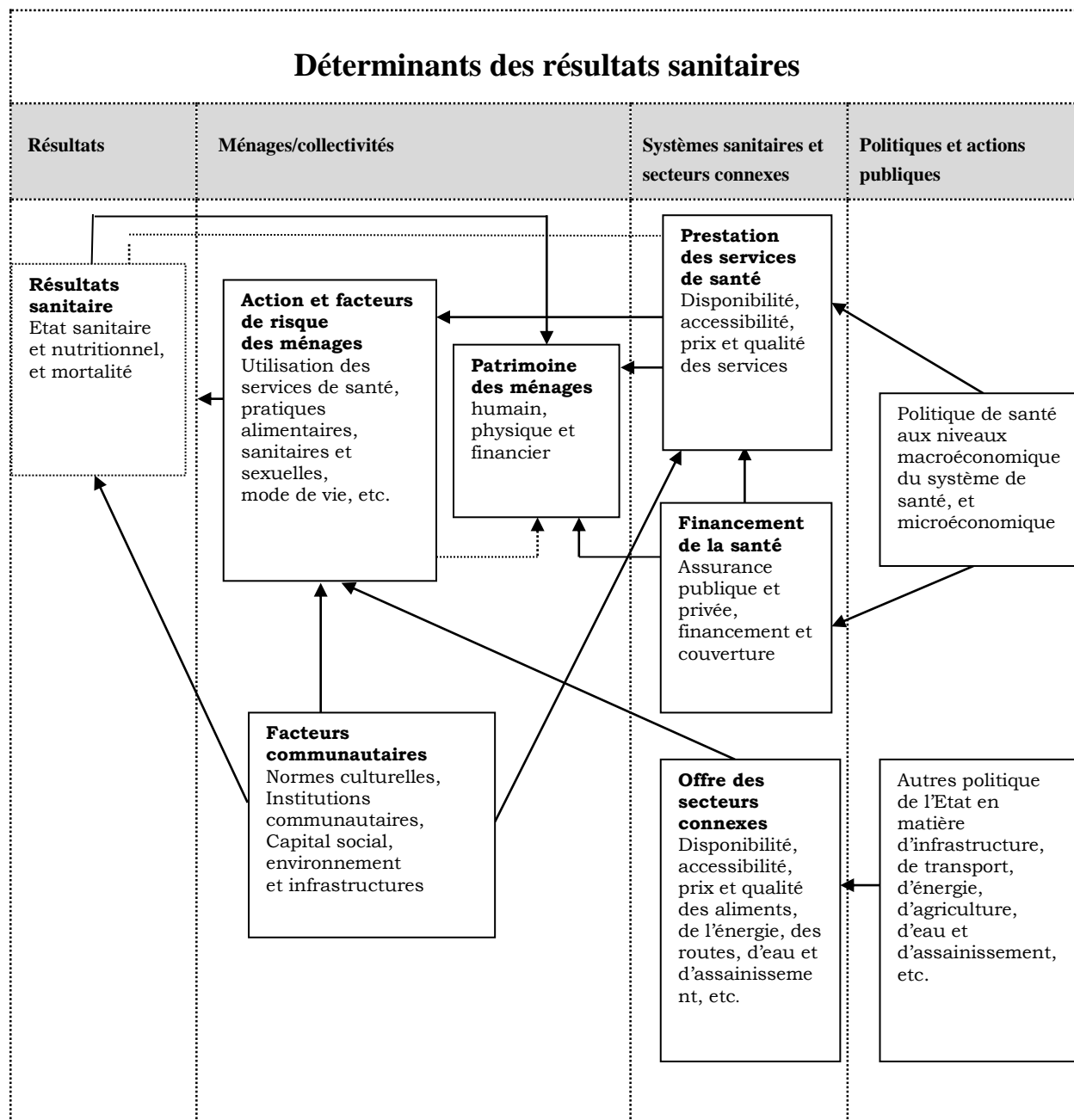
décomposition suivant un modèle de régression des déterminants associés aux inégalités face à la santé. Dans les pays en développement, il a été établi, toutes choses étant égales par ailleurs, que les revenus plus élevés sont associés à une utilisation plus fréquente et plus intensive des services de santé du secteur public comme du secteur privé [CASTRO-LEAL *et al.*, 1999]⁵⁷, et au recours à des fournisseurs de soins modernes plutôt qu'à des tradipraticiens [WAGSTAFF, 2002]⁵⁸. Les différences sociales n'existent donc pas uniquement au niveau des variables individuelles (par exemple le niveau d'instruction) et du ménage (par exemple : le revenu, le logement, l'alimentation en eau potable et l'assainissement), mais également dans la façon de repérer, de traiter et de limiter les conséquences des maladies.

L'objet de ce chapitre est donc de dresser un état des lieux de la situation sanitaire (avec une lentille sur la demande) tout en mettant en exergue l'impact de la trajectoire récessive de l'économie nationale et ses corollaires sur l'état de santé des populations et sur l'alternance politique. Nous faisons ainsi la lumière sur les différentes ruptures qui naissent de l'influence des politiques économiques sur les changements institutionnels à travers une analyse économique de l'évolution du système de santé depuis l'indépendance. En d'autres termes, il s'agit de décrire les modèles de politiques sanitaires qui naissent des frictions entre la sphère économique et l'édition internationale, et qui recèlent des questionnements sur leur dépendance vis-à-vis des politiques économiques. Nous démontrons que la juxtaposition des déterminants endogènes (la rationalité économique marchande et la dérégulation institutionnelle) et exogènes (l'aide publique au développement et l'édition internationale) au contexte national a significativement interféré sur le référentiel sanitaire qui exige plus de justice sociale, alimentant ainsi la réflexion sur la reconfiguration des politiques de santé déjà elles-mêmes traversées par un continuum idéologique balbutiant.

⁵⁷ CASTRO-LEAL F, DAYTON J, DEMERY L, MEHRA K. (1999), « Public social spending in Africa : Do the poor benefit? », *World Bank Research Observer*, 14, 49–72.

⁵⁸ WAGSTAFF A. (2002), « Pauvreté et inégalités dans le secteur de la santé », *Bulletin of the World Health Organization*, 80 (2), 97-105.

Graphique 1. Cadre conceptuel permettant de comprendre les inégalités face à la santé



Source: WAGSTAFF [2002]⁵⁹

⁵⁹ WAGSTAFF A. (2002), « Pauvreté et inégalités dans le secteur de la santé », *op. cit.*

1.1. PRÉSENTATION SUCCINCTE DU CAMEROUN ET DE SA DYNAMIQUE DÉMOGRAPHIQUE

Pays d'Afrique Centrale, le Cameroun est situé au fond du golfe de Guinée. Il a une superficie d'environ 475.440 km² et est limité à l'est par le Tchad et la République Centrafricaine, au sud par le Congo, le Gabon et la Guinée Equatoriale, au sud-est par l'Océan Atlantique, à l'ouest par le Nigeria et au nord par le lac Tchad (voir graphique 2). Le pays qui se distingue par sa diversité linguistique et culturelle, compte plus de 230 ethnies, réparties en cinq grands groupes qui sont : les Soudanais, les Hamites, les Sémites, les Bantous et les Pygmées. Ces groupes pratiquent des religions diverses, notamment le christianisme, l'islam et l'animisme.

Le pays se caractérise par la diversité de son milieu naturel avec des écosystèmes multiples : (i) la Plaine côtière au fond du Golfe de Guinée ; (ii) le Plateau central avec une végétation de forêt dense, un vaste réseau hydrographique, un climat chaud et humide et des précipitations abondantes ; (iii) les Hauts Plateaux de l'Ouest ont une végétation moins dense et un climat frais ; (iv) le Plateau de l'Adamaoua présente un climat de type soudano-sahélien plutôt tempéré avec des savanes arbustives et des forêts galeries ; (v) la Plaine de la Bénoué et du Logone dans le nord du pays, où la végétation dominante est une savane herbeuse parsemée de steppes, avec un climat de type sahélien. Le climat devient chaud et sec avec des précipitations raréfiées au fur et à mesure que l'on s'approche du lac Tchad à l'extrême-nord du pays.

Le Cameroun est un pays bilingue avec le français et l'anglais comme langues officielles. Il compte 10 régions, 58 départements, 269 arrondissements et 53 districts administratifs. Yaoundé est la capitale politique et Douala est considérée en même temps comme la capitale économique et la principale porte d'entrée du fait de son port maritime. Pays essentiellement agricole, la pêche y est également pratiquée, et l'exploitation forestière est en plein essor. L'activité industrielle se développe de plus en plus, principalement dans les villes de Douala, Edéa, Limbé, Kribi et Yaoundé.

Évaluée à 17.123.688 habitants lors du troisième Recensement Général de la Population et de l'Habitat de novembre 2005 avec un taux de croissance démographique de 2,6% par an (sur la période 2005 - 2011), l'effectif de la population est estimé à 20,5 millions d'habitants en 2011 [REPUBLIQUE DU CAMEROUN, 2010]⁶⁰. Celle-ci atteindrait 26,5 millions en 2020. Cette population est essentiellement jeune, les moins de 15 ans représentant 45% de la population contre 4% pour les personnes de plus de 65 ans.

Les femmes, qui sont majoritaires dans le pays (50,6%), le sont encore plus en milieu rural où elles représentent 51,3% de la population alors qu'en milieu urbain, leur proportion est de 49,8%. Cette structure jeune de la population (dont l'âge moyen se situe à 22,1 ans) résulte d'une fécondité encore élevée (environ 5,1 enfants par femme) et d'une régression de la mortalité sur la dernière décade dont l'effet inducteur sur la santé infantile et juvénile, la scolarisation et l'emploi n'est plus à démontrer. A noter également que la fécondité et la croissance démographique sont les plus élevées au sein des populations pauvres et vulnérables.

La densité globale de la population est d'environ 36,5 hab./km², avec des disparités importantes entre les régions et à l'intérieur de celles-ci. Le Littoral est la région la plus densément peuplée (124 hab./km²), suivie de l'Ouest (123,8 hab./km²) et du Nord-Ouest (99,9 hab./km²), tandis que l'Est (7,1 hab./km²) et le Sud (13,4 hab./km²) sont les régions les moins densément peuplées. Ces disparités de peuplement, conjuguées aux conditions environnementales et économiques des différentes régions, entraînent des inégalités régionales de la pression démographique et de l'accès aux facteurs de production comme la terre. A cause de l'exode rural, les jeunes (15-24 ans) sont plus représentés en milieu urbain qu'en milieu rural.

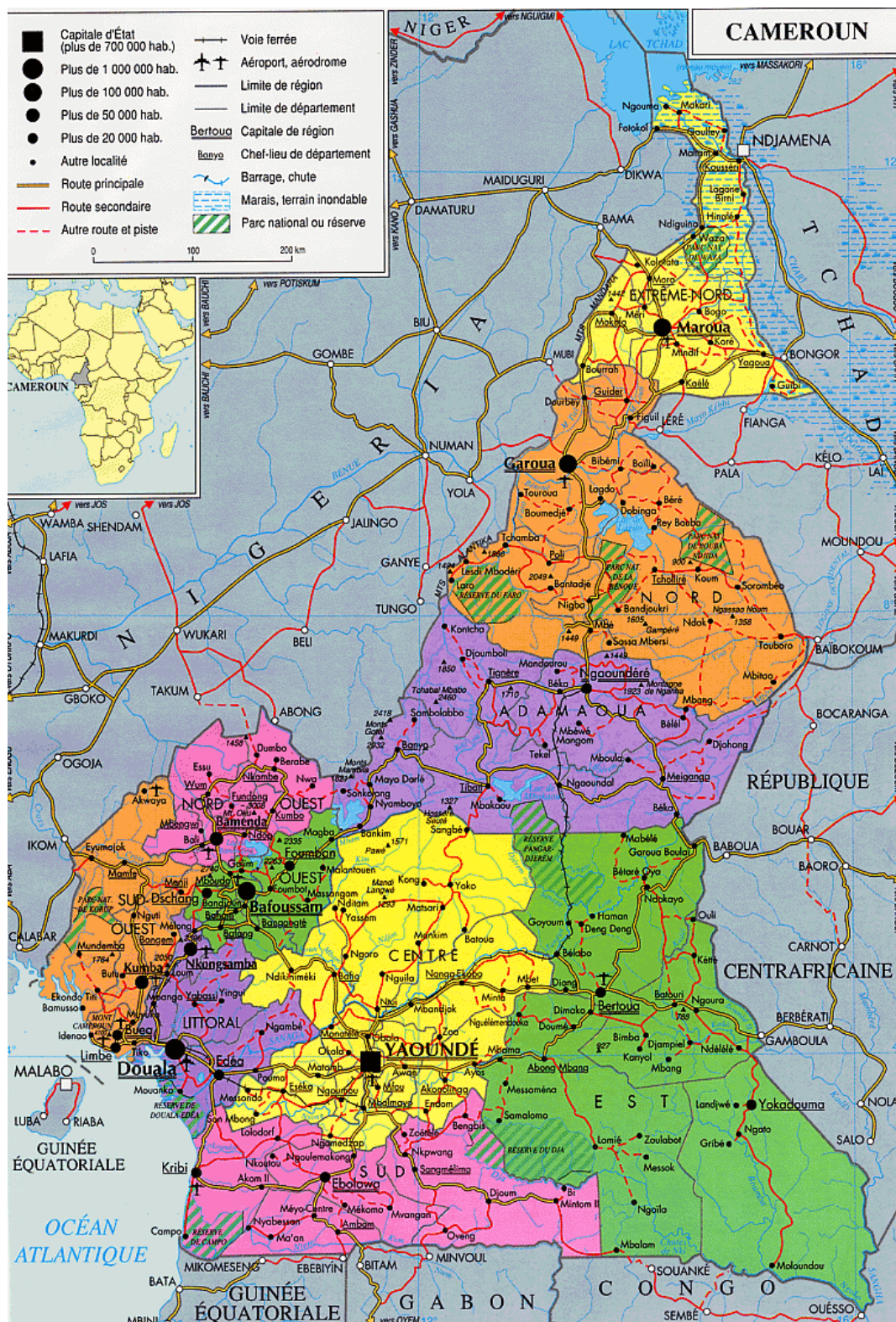
Le rapport de masculinité (97,9) révèle un léger déficit en hommes, soit 98 hommes pour 100 femmes. En revanche, le niveau d'urbanisation est globalement élevé avec un taux qui se situe actuellement à 50% contre 37,8% en 1987. Les régions du Littoral et du Centre sont les plus urbanisées, du fait du poids démographique de Douala et de Yaoundé. La population de ces deux villes représente 35% de la population urbaine totale avec un taux

⁶⁰ REPUBLIQUE DU CAMEROUN (2010), Troisième Recensement Général de la Population et de l'Habitat (3^{ème} RGPH) de 2005 (résultats publiés en 2010).

de croissance de 7%. Autrement dit, le poids du solde migratoire dans la croissance de ces deux agglomérations demeure important et traduit leur forte attraction. Dans le processus, elles exercent une attraction non seulement sur leurs régions respectives (Littoral et Centre), mais aussi sur le reste du territoire.

Les migrations internes constituent l'essentiel des mouvements migratoires, en particulier, les mouvements des zones rurales vers les centres urbains. Mais l'absence de données récentes sur les flux migratoires rend difficile toute description du volume, des directions et des tendances des mouvements. Le recensement de 2005 a révélé une population relativement mobile avec un indice de mobilité de 32%, le phénomène affectant plus les hommes que les femmes. On note par ailleurs un mouvement de retour, certes timide, dont les principales causes se trouvent dans les effets négatifs de la crise économique qui affecte plus les urbains. Au-delà des problèmes de réinsertion sociale et économique des migrants dans leur milieu de départ, on peut s'interroger sur la réversibilité de la migration de retour face à la reprise de la croissance économique.

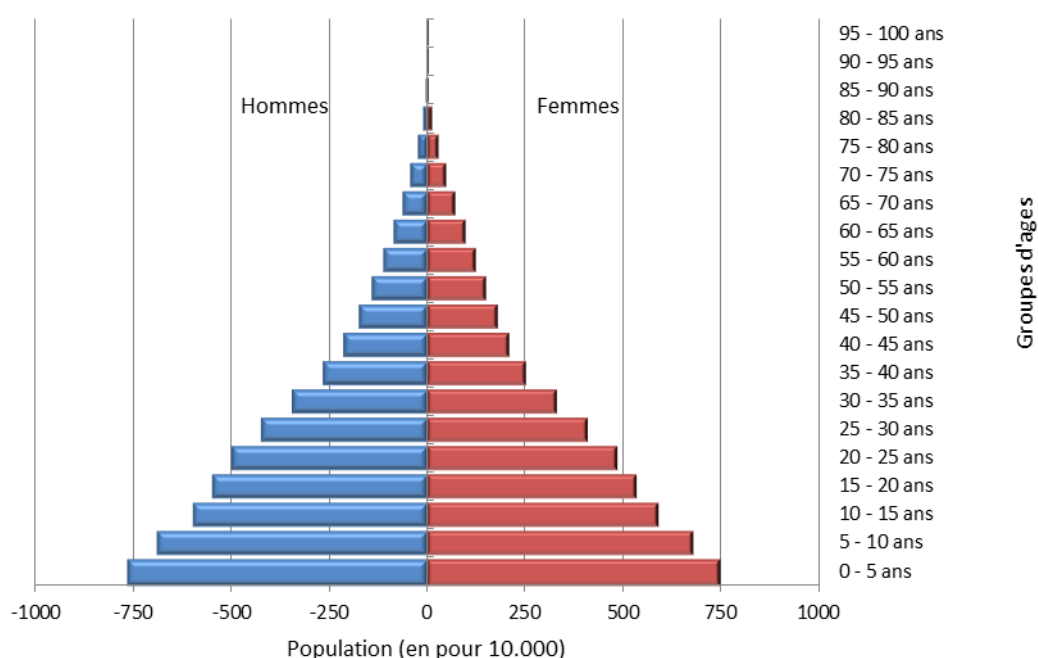
Graphique 2. Carte administrative du Cameroun



En termes de poids démographique de la population, la région du Centre représente 18,2% de la population totale, celle de l'Extrême-Nord 17,9%. Les régions du Littoral (14,8%) et du Nord (10,6%) ont des poids supérieurs à 10% et les régions du Nord-Ouest, de l'Ouest, du Sud-Ouest et de l'Adamaoua ont des poids compris entre 9,3% et 5,2%. Les régions dont le poids démographique est inférieur à 5% sont celles du Sud (3,6%) et de l'Est (4,1%) [RGPH, 2005].

L'espérance de vie à la naissance atteignait à peine 50 ans en 2002 (49,3 ans pour les hommes et 50,6 ans pour les femmes) d'après le Rapport de l'UNFPA sur l'état de la population mondiale en 2002 [UNFPA, 2002]⁶¹ et témoigne des limites des stratégies appliquées pour enrayer les principales causes de décès, surtout pour la tranche infanto-juvénile de la population. Cette situation est imputable à un ensemble de facteurs dont la paupérisation des ménages, la dégradation subséquente des conditions de vie de la population, la détérioration de la situation sanitaire de la population, surtout maternelle et infantile, la recrudescence de certaines pathologies et l'expansion du VIH/SIDA.

Graphique 3. Pyramide par groupes d'âges de la population du Cameroun en 2010



Source : Données ajustées du RGPH [2005]

⁶¹ UNFPA – UNITED NATIONS POPULATION FUND (2002), *Etat de la Population Mondiale 2002: population, pauvreté et potentialités*, Division de la Population (ONU), 81 p.

La proportion de la population vivant en dessous du seuil de pauvreté national est restée quasiment stable entre 2001 et 2007, passant de 40,2% à 39,9% tandis que pour la même période l'indice d'écart à la pauvreté est passé de 12,8% à 12,3% [DSCE, 2009]. Le léger recul de la pauvreté monétaire par rapport à la situation de 2000 n'a pas surclassé le Cameroun qui recule pour occuper la 150^{ème} position sur 187 pays en termes de développement humain, avec un Indice de Développement Humain (IDH) de 0,495 en 2012 [PNUD, 2013]⁶², plus faible que celui de 2008 (0,506), passant de la catégorie des pays à développement humain moyen à celle des pays à développement humain faible à cause des mauvaises performances enregistrées dans les dimensions monétaires (39,9% de la population vit avec moins de deux dollars par jour, alors que la croissance démographique de 37,5% peine à être satisfaite par la croissance de l'économie qui ne dépasse guère les 5%) et non-monétaires (santé, éducation, accès à l'eau et à l'assainissement) du développement humain.

L'IDH ajusté aux inégalités, qui évalue l'évolution de la pauvreté et des privations en tenant compte des inégalités dans la répartition de chaque paramètre, est de 0,330 et démontre la persistance des inégalités avec une perte de développement humain potentiel (chute de l'IDH global qui décroît pour s'en éloigner à mesure que les inégalités augmentent) de 33,4% entre l'IDH global et l'IDH ajusté aux inégalités. En règle générale, les pays ayant un niveau de développement humain moindre ont aussi des inégalités multidimensionnelles plus importantes et donc des pertes plus importantes en développement humain dues aux inégalités, tandis que les populations des pays développés connaissent le moins d'inégalités en matière de développement humain⁶³.

⁶² PNUD – PROGRAMME DES NATIONS UNIES POUR LE DEVELOPPEMENT (2013), *Rapport sur le développement humain 2013 - L'essor du Sud : le progrès humain dans un monde diversifié*, Bureau du Rapport sur le développement humain, New York, 228 p.

⁶³ Dans son *Rapport mondial sur le développement humain 2010*, le PNUD introduit trois nouvelles mesures, à savoir l'Indice de développement humain ajusté aux inégalités, l'indice des inégalités entre les sexes et l'indice de pauvreté multidimensionnelle. L'Indice de développement humain ajusté aux inégalités satisfait à deux propriétés statistiques recherchées. Premièrement, la mesure est cohérente dans le traitement des sous-groupes. Cela signifie que les améliorations ou détériorations de la distribution du développement humain au sein d'un groupe donné de la société (le développement humain restant constant dans les autres groupes) seront reflétées par des changements de la mesure globale de développement humain. Deuxièmement, l'Indice ne dépend pas du cheminement, ce qui signifie que quel que soit l'ordre dans lequel les données sont agrégées entre les individus ou groupes d'individus ou entre les paramètres, on obtient le même résultat : aucun enchaînement particulier ni source de données unique n'est nécessaire.

Le taux de scolarisation pour la tranche d'âge de 6 à 14 ans est de 79,8%, mais le taux d'alphabétisation (des 15 à 24 ans) est relativement plus faible, de l'ordre de 68%. L'indice synthétique de fécondité (ISF) a baissé de 6,4 pour les femmes de 15 à 49 ans en 1978 à 5,6 en 1998, puis à 5,0 en 2004. Ainsi, d'après l'Enquête Démographique et de Santé (EDS) en 2004, la femme en âge de procréer a 1,4 enfant de moins qu'en 1978. Le taux brut de natalité (TBN) ou nombre annuel moyen de naissance dans la population totale est estimé à 37,9 pour 1000 pour l'ensemble du pays [EDS, 2004]⁶⁴. Le niveau de connaissance contraceptive est élevé, se situant autour de 89% chez les hommes et 81% chez les femmes.

⁶⁴ EDS - ENQUETE DEMOGRAPHIQUE ET DE SANTE (2004), *Bureau Central de Recensements et des Etudes de Population*, Macro International, 328 p.

1.2. SITUATION MACROÉCONOMIQUE ET RÉPONSES INSTITUTIONNELLES CONTRAIGNANTES À L'ACCÈS À LA SANTÉ : UNE TRIPLE ÉVOLUTION

Nous sommes amenés à reconnaître que les conceptions philosophiques sur lesquelles se sont fondées les politiques économiques des différents pays de l'Afrique subsaharienne présentent des analogies fortes tant sur le but poursuivi que sur les différents instruments mis en œuvre en vue d'y parvenir. Au-delà des racines quasi-communes empruntées à l'ère des indépendances, l'évolution de leur situation macroéconomique est restée fortement tributaire du commerce international. Ces économies qui ont essentiellement mobilisé le secteur primaire, et dans une certaine mesure le secteur secondaire, ont longuement subi les effets désincitatifs de l'intervention étatique dans un contexte où la puissance politique joue un rôle décisionnel prépondérant dans la reproduction de la main d'œuvre. C'est ainsi que depuis les indépendances des années 1960, les économies africaines se sont développées sur le modèle unique d'économie planifiée autocentrée. L'interventionnisme étatique dans la sphère économique et sociale suite à l'émergence des Etats-nation a, pour ainsi dire, comprimé l'initiative privée susceptible d'être un levier de la croissance économique.

Le mouvement de libération de l'économie de l'emprise politique commence à voir le jour au Cameroun à partir des années 1980, avec l'avènement de la crise économique qui apparaît manifestement comme le précurseur de la suspension des Plans Quinquennaux au profit des Programmes d'Ajustement Structurels (PAS). Il s'accompagne d'un désengagement progressif de l'Etat et d'une remise en cause de son rôle économique, qui se veut désormais limité à la régulation en confiant le rôle moteur de la croissance au secteur privé. Cette transformation des politiques met en scène un changement d'ordre institutionnel avec le passage d'une vision keynésienne, où l'Etat doit veiller à corriger les distorsions du marché afin d'assurer la cohésion sociale de la nation, à une vision plus libérale, où le marché doit prédominer et fonctionner librement sans trop d'entraves des interventions publiques. Ces changements intervenus dans l'histoire économique du

Cameroun permettent de distinguer, depuis son accession à l'indépendance, trois grands modèles de politiques économiques - les politiques de croissance et de stabilisation avec la mise en œuvre de 4 plans quinquennaux (1960-1985), les politiques axées sur les PAS (1985-1995) et, depuis 1995, les politiques de réduction de la pauvreté et de la relance économique - qui ont chacun contraint les politiques publiques sectorielles à des reconfigurations majeures avec au premier rang les secteurs de la santé et de l'éducation.

Si la restauration des grands équilibres macroéconomiques (stabilité des prix, santé des finances publiques, équilibre externe), l'ouverture aux échanges et la déréglementation semblent constituer des préalables à la réduction de la pauvreté, une « bonne politique économique » emprunte simultanément à deux théories concurrentes de la justice : la justice corrective et la justice distributive [JACQUET, 2006]⁶⁵. La première entend restaurer l'équité des conditions et supprimer les obstacles à la croissance qui pénalisent les pauvres, alors que la seconde relève d'un souci de réduction des inégalités. La réalité sur le terrain camerounais semble s'être éloignée de cette philosophie dans la mesure où les politiques économiques promues avaient une visée macroéconomique essentiellement portée sur la restauration de la situation financière et l'ajustement de la balance des paiements, se détournant ainsi de la pérennisation des prestations sociales et déplaçant plusieurs référentiels sectoriels, notamment ceux portés sur l'accès aux services sociaux de base, de leurs véritables niches d'action.

Tableau 1. Evolution (%) des indicateurs macroéconomiques au Cameroun (1976- 2007)

Secteur	Période	1976-1984	1985-1993	1994-1996	1997-2001	2002-2007
PIB		8,2	-0,6	3,4	4,6	3,32
<i>Secteur primaire</i>		3,0	1,4	0,8	2,2	0,78
<i>Secteur secondaire</i>		20,3	-3,2	-5,0	1,3	0,02
<i>Secteur tertiaire</i>		5,1	0,6	8,7	6,8	2,22
Consommation		6,5	0,7	2,6	2,4	3,12
Investissement		14,5	-8,0	-0,8	7,5	-
<i>Investissement public</i>		19,5	-10,3	5,1	4,1	-
<i>Investissement privé</i>		13,2	-6,7	-1,9	6,3	-

Sources : DSRP du Cameroun [2003], DSCE [2009].

⁶⁵ JACQUET P. (2006), « Les enjeux de l'aide publique au développement », *Politique étrangère*, 941-954.

Le tableau 1 ci-dessus donne un aperçu de la performance économique moyenne du pays au cours des périodes précitées à partir des 3 principaux indicateurs structurels que sont le PIB, la consommation et l'investissement. Il montre, bien que sommairement, l'évolution du PIB sur plusieurs périodes ainsi que le caractère hypertrophié de la contribution des services qui sont loin de refléter une économie prospère depuis 1985, même si l'on peut constater une reprise irrégulière à partir de 1994. Il met plutôt en évidence, d'une part, l'affaiblissement des secteurs primaire et secondaire et, d'autre part, une économie caractérisée par des opérations commerciales à faible valeur ajoutée. Or, le secteur primaire reste prioritaire dans une économie essentiellement agricole comme celle du Cameroun, alors que le secteur tertiaire est fortement confiné au milieu urbain de par les économies d'échelle qu'il offre. Ceci conduit à une structure de contribution sectorielle au PIB déséquilibrée et archaïque, un tissu économique très extraverti et exposé à la volatilité des cours mondiaux des produits d'exportation primaires, un marché national étroit et sans grande ouverture sur la sous-région et sur le marché mondial.

Cette chute cumulée des différents secteurs a eu de profondes répercussions tant sur la consommation que sur l'investissement public et privé, maintenant l'économie dans une situation fragile depuis l'entrée du pays en récession. Il conviendrait cependant, de faire un distinguo entre la sous-période allant de 1994 à 1996, qui présente une moyenne négative de -0,8% en termes d'investissement (qui exprime l'essor du secteur privé), et celle allant de 1997 à 2001 avec un niveau de consommation resté quasi-stable. En revanche, il convient de noter que la période de crise économique a entraîné une chute remarquable du PIB et donc une réduction drastique des dépenses gouvernementales, des investissements publics et la contraction de la consommation avec des impacts négatifs sur la demande et l'offre en matière de santé.

1.2.1. Une trajectoire historique dessinant trois grands moments de politiques économiques

Si les réformes économiques se situent dans la plupart des sociétés au cœur des tensions et des contradictions qui, dans une perspective plus large, influencent grandement les réformes sociales, la reconnaissance du rôle central joué par l'Etat dans la régulation

économique et les ajustements politiques qui s'en suivent ne devraient donc faire l'objet d'aucune remise en cause. Cette question du rôle de l'Etat dans la régulation de la machine économique s'est progressivement clarifiée depuis MUSGRAVE [1959]⁶⁶ qui le situe autour de 3 fonctions principales : (i) une fonction allocative – l'État est producteur de biens et services, (ii) une fonction stabilisatrice – l'État conduit des politiques économiques, et (iii) une fonction redistributive – l'État corrige les inégalités dans la répartition primaire des revenus. Ainsi, la politique économique se présente comme le domaine d'intervention des pouvoirs publics dans la régulation de l'économie marchande capitaliste. De façon plus précise, la politique économique est « *la branche des théories économiques qui traite des diverses façons dont l'Etat peut intervenir pour infléchir la conjoncture, notamment en ce qui concerne l'évolution de la production et du niveau des prix* » [GUERRIEN, 2000]⁶⁷.

Pour saisir l'outil conceptuel qui inscrit une dimension cyclique et développementale à toute politique économique, AGHION et BOLTON [1997]⁶⁸ désignent sous l'expression du *trickle down effects*⁶⁹ le caractère redistributif des politiques censées amener l'ensemble de la société à profiter des externalités issues de la croissance. Bien que les prescriptions en termes de stratégie de développement aient radicalement divergé, un même diagnostic de la dynamique des économies subsahariennes les situe, suivant les transformations incessantes qu'elles ont subies, en trois grandes périodes qui se singularisent : la croissance et stabilisation (1965-1985), l'ajustement structurel (1985-1995) et, la réduction de la pauvreté et la relance. Ces évolutions traduisent en grande partie les différentiels de croissance et de répartition des revenus entre les modèles de politiques économiques appliqués. Ces faits laissent apparaître une nouvelle controverse sur le rôle de la croissance économique dans la réduction de la pauvreté. Le *trickle down* aura

⁶⁶ MUSGRAVE R.A. (1959), *Theory of Public Finance*, New York, Mc Graw Hill.

⁶⁷ GUERRIEN B. (2000), *Dictionnaire d'analyse économique*, La Découverte, Paris.

⁶⁸ AGHION P., BOLTON P. (1997), « A Theory of Trickle-Down Growth and Development », *Review of Economic Studies*, 64 (2), 151-172.

⁶⁹ Le « *trickle down* » désigne l'économie des retombées, qui décrit la croissance dans une économie de marché comme étant un processus inégalitaire du point de vue distributif, et dont les bénéfices des politiques économiques dites pro-pauvres se propagent uniquement de manière graduelle et en général de façon incomplète d'une minorité vers la majorité de la population, réalisés principalement à travers la stimulation de la croissance économique.

soutenu uniquement l'économie dans sa première période (1965 – 1985) comme moyen de lutter contre la pauvreté en créant les conditions d'une croissance la plus forte possible.

1.2.1.1. De 1965 à 1985 : les politiques de croissance économique et de stabilisation

L'accession du Cameroun à l'indépendance a été marquée par une décennie de perturbations sociales hostiles à l'investissement (1955 – 1964), ce qui a imposé au pays une certaine stagnation économique sur la période. Ce n'est qu'à partir de 1965 que le pays amorce sa croissance, mais sur une politique économique démesurément prudente. Le souci d'un développement économique et social équilibré se traduit par une progression annuelle constante du PIB pour atteindre une moyenne de 4% en termes réels de 1965 à 1977. Cette croissance, bâtie sur une structure de production qui met en évidence une régression continue du secteur primaire au profit du secondaire, connaît une évolution marquée par une variation de rythme. Pendant la période allant de 1965 à 1976, l'économie connaît une croissance modérée et équilibrée jusqu'en 1977, année au cours de laquelle la découverte des ressources pétrolières vient bouleverser la donne antérieure et porte la croissance moyenne du PIB à 13% par an entre 1977 et 1981, entraînant de profonds changements dans la stratégie de développement adoptée jusqu'alors [NGASSAM et ROUBAUD, 1994]⁷⁰.

Le Cameroun est aussitôt considéré comme un modèle de prospérité économique du fait de l'embellie éphémère de sa balance commerciale, ce qui lui vaut un reclassement par la Banque Mondiale dans la catégorie des « pays à revenu intermédiaire » [AERTS *et al.*, 2000]⁷¹. Au cours de la même période, la croissance s'accélère en termes réels et le PIB par tête double quasiment. On peut alors distinguer trois sous-périodes selon l'évolution du PIB et de la consommation privée et publique :

➤ **La première allant de 1965 à 1977**, avec une croissance équilibrée qui atteint un rythme moyen d'environ 4%, permettant une lente amélioration du PIB par tête. Cette

⁷⁰ NGASSAM A., ROUBAUD F. (1994), *Cameroun : un profil de pauvreté*. Banque Mondiale, Washington DC, Document de Travail, 112 p.

⁷¹ AERTS J.-J., COGNEAU D., HERRERA J., DE MONCHY G., ROUBAUD F. (2000), *L'économie Camerounaise : un espoir évanoui*, Paris, Karthala, 287 p.

croissance est maintenue par une meilleure absorption interne, notamment la consommation privée et publique. La dégradation tendancielle des termes de l'échange en valeur réelle rend déficitaire la balance commerciale (biens et services), mais reste encore dans les proportions gérables par les modes d'intervention de la puissance publique. Bien que très dépendant des produits primaires (cacao, café, etc.), le dynamisme économique de la période va reposer sur un tissu économique assez diversifié et une main d'œuvre relativement bien adaptée aux besoins.

➤ **La seconde de 1977 à 1981**, marquée par une croissance qui s'accélère (+13% en moyenne) à la suite de la découverte du pétrole et de sa mise en exploitation immédiate. Le secteur extractif fait montre d'une explosion fulgurante avec un rebond de +44% par an en volume, induisant un effet d'entraînement pour les autres secteurs dont la croissance se situe autour de 10%. L'investissement est multiplié par 3 et la consommation par 1,5 alors que la balance commerciale s'améliore à partir de 1979 pour devenir nulle dès 1982. L'effet du boom pétrolier amène l'Etat à perdre toute vigilance dans la maîtrise des dépenses publiques, notamment les dépenses d'investissement public qui accusent un déficit de 3% du PIB en 1981 (autour de 25% sur la moyenne de 19,5% entre 1976 et 1984 suivant le tableau 1).

➤ **La troisième de 1982 à 1985**, qui se caractérise par le maintien de la croissance à un rythme soutenu (autour de 8%). Cette période considérée comme transitoire à la situation de conjoncture qui va suivre commence à présenter les signes d'une dérégulation économique importante. Très rapidement, les principaux secteurs comme l'exploitation pétrolière, l'agriculture et l'industrie manufacturière verront leur évolution s'infléchir. Par ailleurs, les dépenses publiques des administrations vont s'accroître alors que l'investissement, quant à lui, connaîtra un net recul. Ces dépenses publiques, couplées à l'explosion de la masse salariale, se positionnent comme des indices de dérapage qui vont désarmer le pays dans sa lutte pour se soustraire des incertitudes de l'avenir. Les excédents budgétaires sont fictivement maintenus en puisant de plus en plus dans les réserves de l'Etat placées à l'étranger pour laisser appréhender une situation financière relativement saine.

Au cours de cette période, la protection sociale de la population, dictée par les transformations économiques et sociales survenues dans le monde occidental du XIX^{ème} siècle avec l'émergence du paupérisme qui marque l'entrée dans l'ère de la société industrielle sera essentiellement axée sur le modèle salarial [PAUGAM, 2000]⁷², prenant singulièrement la forme d'une sécurité sociale des travailleurs [LAMIOT et LANCY, 1989]⁷³. L'option prise par les décideurs politiques était de limiter la couverture de la sécurité sociale publique aux fonctionnaires, aux agents contractuels de l'Etat et aux salariés relevant du code du travail, immatriculés et en mesure de verser des cotisations régulières. Ces politiques peu éclairées, parcellaires, et dans la plupart des cas inefficaces, ont conduit à une société duale : une poignée d'assurés et d'assistés d'un côté, et la « population sandwich », très majoritaire, ni assurée ni assistée, de l'autre⁷⁴.

Le secteur informel dont la contribution à l'économie domestique prend de plus en plus d'importance dès 1994 n'a pas eu force d'inclure les populations rurales, les professions libérales, les commerçants, les travailleurs indépendants et les chômeurs du système public de sécurité sociale. Par ailleurs, même pour les populations couvertes, les risques pris en charge se sont limités essentiellement aux allocations familiales, aux pensions vieillesse, invalidité, décès, et aux risques professionnels. Cette démarche tenait compte de la relative prospérité économique du pays et partait du postulat « *qu'une proportion croissante de la population active des pays en développement finirait par trouver un emploi dans le secteur formel de l'économie ou par exercer une activité indépendante en étant au bénéfice de la protection sociale* » [FONTENEAU, 1999]⁷⁵. L'État-providence (de 1965 à 1985) devrait alors mettre en place certains services comme les soins de santé qui

⁷² PAUGAM S. (2000), *Le Salarié de la précarité*, PUF, Paris, 437 p.

⁷³ LAMIOT D., LANCY P.-J. (1989), *Protection sociale : les enjeux de la solidarité*, Paris Nathan, 191p.

⁷⁴ En l'absence d'un ciblage accru et adéquat, et d'un cadre normatif minimum (elle-même due à une faiblesse conceptuelle, à une justice politique faiblement explicitée et au manque d'engagement politique), la portée de ces politiques a été limitée, se traduisant par des prestations médiocres en terme d'efficacité et d'équité, dans un contexte de crise de l'Etat-providence. Or, le ciblage est fondé sur le principe selon lequel les politiques de protection sociale doivent être sélectives en ce sens qu'elles couvrent non seulement le champ de l'identification et de la structuration des individus et groupes sociaux défavorisés, mais également celui des stratégies, des types de prestations et du financement en matière de protection des individus, de réduction de la pauvreté et des inégalités et de la cohésion sociale.

⁷⁵ FONTENEAU B. (1999), *L'Economie sociale et solidaire au Nord et au Sud* (eds) Bruxelles, Université De Boeck, 271p.

ne seraient pas soumis aux lois du marché mais assurés par lui et dispensés gratuitement. Notons qu'un bon nombre d'Etats comme le Cameroun n'ont pas ratifié la convention 102 de Genève qui prescrivait, entre autres, la prise en charge des assurances maladie et chômage.

L'effort du pays sera donc porté depuis l'après-indépendance sur la couverture d'assurance maladie pour la catégorie des « privilégiés », la question des inégalités dans l'accès à la santé ayant été simplement ignorée. Le rapprochement de la santé et de la protection sociale devient plus que nécessaire compte tenu des déterminants de la santé qui dépassent largement le cadre médical (logique curative) et qui ont des impacts forts en matière de santé (alimentation de qualité et variée, qualité de l'environnement (air, eau...), estime de soi et insertion sociale, activité physique, etc. (logique préventive et promotrice). Ces questions reprennent aujourd'hui de l'emphase sous la pression des organisations internationales et de la Banque Mondiale. Certes, dans quelques pays, la protection sociale est devenue un enjeu à divers égards (politique, économique, social), selon un modèle se rapprochant de celui des pays occidentaux. Cet intérêt croissant qui lui est porté conduit à une reconnaissance accrue de sa pertinence comme outil de lutte contre la pauvreté⁷⁶, ce qu'elle n'a pas nécessairement vocation à être, bien que ce soit par ce prisme qu'elle gagne actuellement de la popularité. Elle apparaît donc à ce titre comme la clé de voûte des édifices de rapports sociaux et de citoyenneté qui porte en elle une valeur certaine : la minoration du poids des inégalités à tous les niveaux à travers des filets sociaux⁷⁷. Cette logique des filets sociaux a joué un rôle central dans les années 1970-1980 avant de s'estomper avec la disparition de l'Etat-providence en 1985.

Reconnaissant l'importance et la nécessité des systèmes de protection sociale adéquats, les Nations Unies ont adopté en 2009 « *l'initiative pour un socle de protection sociale* » afin

⁷⁶ L'approche suivie par la Banque Mondiale en matière de protection sociale est celle du « *social risk management* » (gestion des risques sociaux), définie comme les actions visant à aider les individus et les communautés à mieux gérer les risques et à apporter un soutien à ceux qui sont particulièrement pauvres [HOLTZMANN et JORGENSEN, 2000].

⁷⁷ Les *Filets Sociaux* sont des transferts non-contributifs ciblés aux populations pauvres ou vulnérables. Dans les programmes de Filets Sociaux sont inclus : (i) les transferts monétaires, conditionnels ou non ; (ii) la distribution d'aliments (par exemple dans le cadre de Cantines scolaires, les programmes de soutien nutritionnel pour les enfants, etc.); (iii) les emplois temporaires (dans le cadre de travaux publics à haute intensité de main-d'œuvre (HIMO), par exemple) ; (iv) les subventions générales des prix des aliments ou des carburants ; (v) les exemptions de droits pour les services essentiels de santé et d'éducation.

de combler le vide dans les processus de planification économique existants, faisant d'elle l'une de ses 9 priorités pour lutter contre les conséquences de la crise économique mondiale. Sa construction devrait permettre d'assurer un minimum d'accès aux services sociaux pour les plus pauvres et les plus vulnérables. Elle suppose : (i) la disponibilité, la continuité, l'accès géographique et financier aux services essentiels tels que l'eau et les services d'assainissement, une alimentation en quantité et en qualité, la santé, l'éducation, le logement décent, les centres d'information sur l'épargne et l'assurance vie ; (ii) un paquet de base de transferts sociaux essentiels aux personnes pauvres et vulnérables (les enfants, les personnes âgées, les personnes actives ne disposant pas d'un revenu suffisant) pour leur assurer un revenu minimum ainsi que des moyens de subsistance.

Encadré 1 : Cadre juridique de la protection sociale au Cameroun⁷⁸

- 1/. Loi n°67-LF-07 du 12 juin 1967 instituant un code des prestations familiales (allocations prénatales, allocations familiales, allocations de maternité, indemnités journalières de congés de maternité.) ;
- 2/. Loi n°67/LF/8 du 12 juin 1967 qui crée la Caisse Nationale de Prévoyance Sociale en tant qu'organisme de gestion autonome en charge de la gestion du régime des prestations familiales ;
- 3/. Loi n° 69/LF-18 du 10 novembre 1969 instituant un régime d'assurance de pension de vieillesse, d'invalidité et de décès. L'on rappelle que dans ce régime, le financement est assuré à travers les cotisations sociales recouvrées tant auprès des employeurs que des travailleurs ;
- 4/. Ordonnance n°73/17 du 22 mai 1973 portant organisation de la prévoyance sociale qui confie à la Caisse Nationale de Prévoyance Sociale dans le cadre de la politique générale du gouvernement, le service des diverses prestations prévues par la législation de la protection sociale ;
- 5/. Loi n° 77/11 du 13 juillet 1977 portant réparation et prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles qui confie à la Caisse Nationale de Prévoyance Sociale , la couverture et la gestion des risques professionnels, abrogeant ainsi une législation antérieure issue de l'Ordonnance 59-100 du 31 décembre 1959 qui avait confié la gestion de ces risques professionnels aux compagnies privées d'assurance ;
- 6/. Loi n° 2001/017 du 18 décembre 2001 portant réaménagement des procédures de recouvrement des cotisations sociales et ses arrêtés d'application.

⁷⁸ Ce cadre juridique naît essentiellement de la nécessité pour le Cameroun d'adapter ou de réajuster la protection sociale dans le pays après l'indépendance et la réunification, le Cameroun étant membre de l'Organisation Internationale du Travail dès le lendemain de l'indépendance de 1960.

1.2.1.2. De 1985 à 1994 : les politiques d'ajustement structurel pour faire face à l'effondrement de l'économie

L'année 1985 marque l'entrée brutale du Cameroun dans une longue phase de récession économique engendrée par des facteurs à la fois externes (sur lesquels le pays n'a aucune prise) et internes (induites par la dérégulation économique nationale), montrant ainsi sa fragilité structurelle. Comme facteurs externes, on peut retenir la concordance de la baisse des recettes pétrolières, la chute des cours des produits agricoles de base et la dépréciation du dollar américain, qui ont entraîné une dégradation considérable des termes de l'échange entre 1986 et 1988. Ces chocs externes vont profondément dérégler les principaux rouages de l'économie camerounaise et provoquer une récession brutale dans la plupart des secteurs productifs. Elles permettent de rendre compte de l'influence des facteurs exogènes au système sur la dynamique économique domestique, de la fragilité structurelle des politiques économiques nationales aux propriétés cycliques, ainsi que leur degré d'exposition à la conjoncture internationale. En sus des chocs externes, on notera comme chocs domestiques l'épuisement des réserves de l'Etat pour financer l'économie, ce qui va conduire à de fortes tensions de trésorerie dans les caisses de l'Etat et des entreprises, dues à la mal gouvernance. La crise prendra des proportions considérables, se traduisant par un déséquilibre des comptes macroéconomiques et, en particulier, des finances publiques.

Entre 1985/86 (date du point le plus haut du cycle conjoncturel) et 1992/93, le PIB en volume a baissé de 23,7% et, en raison du rythme de croissance démographique annuel estimé à 3%, le PIB par tête s'est réduit de 38%. Dès lors, les premiers effets sociaux se sont fait sentir : pertes d'emplois, dégradation du niveau et des conditions de vie, difficulté d'accès aux services sociaux de base, etc. Ils ont été suivis de troubles politiques et d'une dégradation générale des institutions publiques.

L'approche de développement économique et social fondée sur les plans quinquennaux offre un terrain favorable à l'avènement des PAS dès l'exercice 1986/87. De nouvelles règles de gestion de l'économie nationale jouent un rôle prépondérant dans la contraction de la demande, d'où l'affaîssement de la consommation et, surtout, de l'investissement. Elles modifient par ailleurs la structure de distribution des revenus et créent de nouvelles formes d'exclusion sociale. Pour ne pas en rester à un ajustement structurel limité à la

sphère financière avec le rééquilibrage des comptes macro-économiques, le pays redéfinit sa stratégie de développement, au cœur de laquelle se trouve le rôle de l'Etat. Cela s'est traduit par la mise en place d'un environnement largement libéralisé : (i) suppression des barrières non tarifaires ; (ii) désengagement de l'Etat de la plupart des entreprises des secteurs de production et de commercialisation (privatisation) et ; (iii) libéralisation des prix (disparition des prix garantis aux producteurs et des mécanismes de stabilisation), etc.

Les différentes réformes entreprises ont porté sur le redressement des finances publiques, la relance de la production, la maîtrise de l'inflation, l'amélioration de la balance des paiements, la restructuration des secteurs public et parapublic, les réformes fiscalodouanières, la mise en place de programmes sociaux spécifiques, la démocratisation de la vie publique, etc. Les mesures de stabilisation introduites par la loi des finances 1987/88 se sont renforcées plus tard dans le cadre des PAS appuyées par la Banque Mondiale, le FMI et d'autres institutions multilatérales et bilatérales de coopération, et ont permis de ramener le déficit du budget de l'Etat, jadis élevé, à des niveaux relativement bas en pourcentage du PIB (4,8% en 1988/99, 7,9% en 1990/91, 6,6% en 1991/92, 9,2% en 1993/94 et 4,5% en 1994/95).

La prise de conscience de cet état de crise par l'ensemble des classes de la société n'apparaît réellement qu'à la fin 1993, lorsque la baisse cumulée des salaires de la fonction publique atteint près de 70%. On voit alors émerger une mentalité nouvelle de rigueur économique qui traduit une volonté plus nette de trouver des solutions originales à la crise. Le délabrement du tissu économique a entraîné la fermeture de plusieurs entreprises ; la compression de personnels et la mise en retraite anticipée des travailleurs s'est traduite non seulement par un affaiblissement des recettes, mais surtout par un accroissement des dépenses en termes de prestations de services de sécurité sociale. Ces constats viennent accentuer les tensions asymétriques entre l'économie et le social, mettant en relief les effets de brouillage sur le fonctionnement de l'action publique. De plus, les PAS n'ont quasiment jamais pris en compte les régimes de sécurité sociale, alors qu'ils en ont bien subi les conséquences (fermeture et restructuration d'entreprises, insolvabilité des employeurs particulièrement dans le secteur public, etc.), contribuant ainsi à l'érosion de l'assise financière des régimes. Les institutions en charge de la sécurité sociale ne parviennent plus à couvrir leurs dépenses avec les produits des cotisations, ce

qui a entraîné la restructuration d'entreprises publiques chargées de la sécurité sociale (obligation de n'offrir qu'un paquet minimum de prestations).

Au niveau institutionnel, la crise va se matérialiser par la réduction du train de vie de l'État, avec pour conséquences le ralentissement des investissements dans les secteurs productifs et la réduction de l'enveloppe budgétaire allouée aux secteurs sociaux. L'État en perte de vitesse ne pourra plus assumer convenablement l'offre des services d'éducation, de santé et de sécurité, prendra des mesures de crise dans un souci de rééquilibrage budgétaire. Ces mesures tournent essentiellement autour de deux grandes orientations : (1) la baisse drastique des salaires, opérée dans la fonction publique en 1993 et, (2) la mise en œuvre à partir de 1994 des politiques économiques s'appuyant sur l'ajustement monétaire et définies par des accords conclus avec le FMI dont l'objectif était de restaurer la situation financière et ajuster la balance de paiement. Les conséquences anticipées des mesures prises par les premières réformes dites premiers PAS (1989-1992) appelleront à un programme connexe dit DSA (Dimensions Sociales de l'Ajustement) avec comme impact dans le secteur de la santé : la forte réduction des crédits au titre du budget national alloué au secteur de la santé; la fermeture des écoles de formation des infirmiers et techniciens médico-sociaux ; la diminution des effectifs du personnel du Ministère de la Santé Publique par le système de retraites anticipées et du gel des recrutements ; la généralisation des « tickets d'entrée » payants pour l'accès aux structures sanitaires ; l'institution systématique des soins payants pour tous les services de santé et l'abandon de la gratuité des médicaments.

Sur un autre registre appelant à une allocation et une distribution optimales des externalités positives issues des politiques économiques, le Cameroun adhère aux propositions formulées au Sommet de Copenhague (initiative 20/20)⁷⁹ ouvrant ainsi la porte à des mesures visant à assurer un climat social calme bien que les dépenses publiques à caractère social soient maintenues à la portion congrue, notamment en ce qui

⁷⁹ Le Sommet Mondial pour le Développement Social s'est tenu à Copenhague du 6 au 12 mars 1995. Les engagements mentionnés dans la Déclaration et le Programme d'action qui en sont issus constituent désormais le cadre général de l'action menée en faveur du développement social pour tous aux niveaux national et international.

concerne le secteur de la santé qui se situe de loin en deçà des seuils recommandés⁸⁰. La Déclaration issue dudit Sommet place l'accessibilité aux services sociaux de base comme l'idéal de la répartition équitable des fruits de la croissance, érigeant ainsi les principes d'équité et de justice sociale comme finalité du développement.

L'adoption de cette Déclaration entraîne de fait l'adhésion aux propositions formulées, à savoir que 20% du budget national et 20% de l'aide publique au développement soient affectés au financement des services sociaux essentiels (initiative 20/20). Cette déclaration d'intention s'est accompagnée, avec l'appui du FMI et de la Banque Mondiale, de mesures économiques et financières visant à restaurer la confiance des opérateurs internationaux. Les mesures d'ajustement, loin de contribuer à une amélioration significative de la situation des finances publiques, se sont plutôt soldées par un constat d'échec des PAS successifs [NAUDET, 2000⁸¹ ; BREMAN et SHELTON, 2001⁸²]. En janvier 1994, la dévaluation du franc CFA survient comme un autre instrument du *Consensus de Washington* pour reprendre l'expression de Joseph STIGLITZ [2002]⁸³ et la monnaie perd 50% de sa valeur, l'inflation quant à elle atteint le niveau le plus élevé de 7,2% même si l'évolution des prix a été relativement stabilisée et le taux d'inflation ramené autour de 3% à partir de 1995. Le gain de compétitivité dû à la dévaluation est de l'ordre de 15%, ce qui permet au Cameroun de retrouver une bonne capacité d'exportation tout en limitant, du fait de l'inflation, le volume de ses importations.

Parallèlement, les produits importés devenant trop chers, la demande pour des produits agricoles et d'élevage locaux se développe. Elle entraîne avec elle le développement de plusieurs secteurs économiques (formels et informels) nationaux redevenus compétitifs, malgré les insuffisances liées au caractère non opératoire de la détermination du « prix du

⁸⁰ Bien que la conférence d'Abuja (2001) ait fixé un objectif de 15% du budget des pays africains affecté aux dépenses de santé, le Cameroun consacre moins de 5% de son budget à la santé. Semblablement, les OMD ont fixé un objectif de 38 dollars américains de dépenses par an et par personne alors que l'on estimait en 2008 celles-ci à environ 10 dollars américains.

⁸¹ NAUDET J-D. (2000), « L'aide au développement est-elle un instrument de justice ? » *L'Economie Politique*, 3^{ème} trimestre 2000, n°7, New York.

⁸² BREMAN A., SHELTON C. (2001), *Structural Adjustment and Health*, Commission on Macroeconomics and Health, Paper WG6 : 6, June.

⁸³ STIGLITZ J. (2002), *Globalization and its Discontents*, WW. Norton & Company, New York, 2002.

marché » et de l'importante asymétrie d'information. Les populations pauvres et vulnérables, plus affectées par la marginalisation économique qui en découle, vont continuer à payer le lourd tribut des inégalités induites par les mécanismes mis en place pour faire face à la dérégulation subséquente. Pour y faire face, les efforts visant une augmentation de la plus-value comme stratégie de réponse en matière de programmation du développement et d'appui budgétaire seront davantage portés sur le processus DSRP et l'initiative PPTE dans le cadre de la mise en œuvre de la deuxième génération des réformes économiques et structurelles ainsi que des politiques sectorielles liées à la réduction de la pauvreté.

1.2.1.3. De 1995 à nos jours : les politiques de réduction de la pauvreté et de relance pour l'amélioration macroéconomique et la croissance

Le contexte économique se modifie à partir de la mi-1994 et connaît depuis l'exercice 1994/1995 une sortie de la récession avec une croissance réelle qui atteint un taux moyen d'environ 4,4% pendant les deux premières années du deuxième programme triennal 2000-2003, soit une baisse d'environ 0,3 point par rapport au taux de croissance de 4,7% atteint au cours du premier programme économique et financier. Le taux d'inflation est relativement constant et se situe autour de 3% alors que le déficit budgétaire global atteint 0,6% du PIB. La situation des finances publiques est en nette amélioration grâce à une meilleure mobilisation des recettes propres et à la rationalisation volontariste des dépenses publiques.

La première période (1965-1985) a montré qu'une croissance économique de longue période était insuffisante pour éradiquer la pauvreté. En revanche, la seconde période (1985-1995) présente une relation étroite entre la chute de la croissance et la montée de la pauvreté. Au total, cette expérience de trois décennies aura eu le mérite d'attirer l'attention sur la nécessité de mise en place de mesures d'accompagnement indispensables pour élaborer des politiques publiques sectorielles afin d'atténuer la dépendance vis-à-vis de l'extérieur (politique industrielle), lutter contre la pauvreté et réduire les disparités (politiques de santé, de l'éducation, politique de développement rural), améliorer la circulation des biens et des personnes (politique de développement des infrastructures), etc. La période actuelle doit profiter des enseignements du passé pour asseoir un

développement inclusif de toutes les catégories. C'est dans ce contexte macroéconomique général et de la nécessité de concilier l'offre et la demande en matière de santé que doit se comprendre la présente thèse.

Les DSRP sont le fruit d'un processus dont les étapes-clé méritent d'être rappelées. En effet, face aux problèmes de surendettement des pays les plus pauvres qui n'ont pu être résolus par les mesures traditionnelles d'allègement de la dette, le FMI et la Banque Mondiale ont proposé, en septembre 1996, un programme conjoint dit Initiative Pays Pauvres Très Endettés (PPTE)⁸⁴. Cette démarche est également une conséquence de la perte de crédibilité auprès des institutions financières internationales (IFI) et une réponse à la mobilisation de la société civile sur le thème de la dette dans les années 1980-1990.

C'est en août 1997, après avoir exécuté un programme de référence suivi par les services du FMI durant l'exercice 1996/97, que le Gouvernement va conclure, pour la première fois, un accord au titre de la Facilité d'Ajustement Structurel Renforcée (FASR). Le FMI accordait ainsi son appui au programme économique et financier à moyen terme que les autorités mettaient en place pour couvrir la période allant du 1er juillet 1997 au 30 juin 2000. Ce programme économique et financier triennal sera mis en œuvre avec l'appui déterminant du FMI au titre de la FASR⁸⁵ devenue FRPC (Facilité pour la Réduction de la Pauvreté et la Croissance), de la Banque Mondiale avec un troisième Crédit d'Ajustement Structurel, de l'Union Européenne (UE) et de la Banque Africaine de Développement

⁸⁴ L'objectif initial de cette initiative, tel qu'il est affiché, est de ramener l'endettement extérieur des PPTE, qui appliquent des programmes d'ajustement et de réforme appuyés par le FMI et la Banque Mondiale, à un niveau soutenable. C'est la première fois que des bailleurs de fonds multilatéraux sont associés au traitement de la dette des pays pauvres. L'application de l'initiative se déroule en deux phases de programmes d'ajustement structurel de trois ans, même si des aménagements sur la durée sont intervenus au cas par cas. Au bout de la première phase (*point de décision*), la "soutenabilité" de la dette du pays en question est à nouveau évaluée par les experts du FMI. Si la dette reste jugée "insoutenable" après application par les donateurs bilatéraux des traitements traditionnels, le pays peut entamer une seconde phase de réformes. Au terme de celle-ci (*point d'achèvement*), il reçoit si nécessaire un allègement de sa dette afin de la rendre soutenable.

⁸⁵ La Facilité d'Ajustement Structurel Renforcée est un mécanisme de prêt concessionnel par lequel le FMI aide les pays en développement à faible revenu, qui se lancent dans l'ajustement et des réformes économiques à renforcer leur balance des paiements et à améliorer leurs perspectives de croissance. La FASR a remplacé en 1987 la FAS qui était entrée en vigueur en 1986. Dans le cadre de sa contribution à une stratégie mondiale renforcée de réduction de la pauvreté, le FMI a transformé la FASR en FRPC (Facilité pour la réduction de la pauvreté et la croissance, voir infra); le coût, le montant maximum et les échéances des prêts, ainsi que le différé d'amortissement, sont demeurés les mêmes : le taux d'intérêt est très bas (0,5 % par an) et les remboursements, effectués sur une base semestrielle, commencent cinq ans et demi et se terminent dix ans après les décaissements.

(BAD). A ceux-ci, vont s'ajouter les créanciers bilatéraux réunis au sein du Club de Paris, les créanciers bilatéraux non participants au Club de Paris⁸⁶ et la France avec les prêts à l'ajustement structurel, additionnels aux allègements du service de la dette consentis dans le cadre de l'accord avec le Club de Paris d'octobre 1997. Ceci s'est traduit par :

- un assainissement macro-économique (rétablissement des équilibres budgétaires et monétaires), résultat des réformes structurelles et sectorielles ;
- l'élaboration d'un programme de stratégie de lutte contre la pauvreté visant à améliorer la situation difficile traversée par une grande partie de la population camerounaise. Les objectifs de réduction de la pauvreté s'inscrivent dans la logique de ceux préconisés par les conférences internationales (voir encadré 1);
- un programme national de gouvernance (PNG) pour assurer l'efficacité des mesures socioéconomiques inscrites dans la stratégie de lutte contre la pauvreté.

Encadré 2 : Principaux objectifs des Conférences et Sommets internationaux en matière de la pauvreté au cours des années 1990

Sommet mondial pour les enfants : New-York (1990)	<ul style="list-style-type: none"> - Réduction de 50% d'ici 2000 des enfants de moins de 5 ans victimes de malnutrition en 1990 - Réduction d'un tiers d'ici 2015 des chiffres du taux de mortalité infantile au-dessous de 35/1000 - Vaccination universelle contre la rougeole
Forum mondial sur l'éducation: Jomtien (1990) ; Dakar (2000)	<ul style="list-style-type: none"> - Répondre aux besoins éducatifs de tous les jeunes en assurant un accès équitable à des programmes ayant pour objet l'acquisition des connaissances et des compétences nécessaires dans la vie courante - Développer et améliorer sous tous les aspects la protection et l'éducation de la petite enfance, et notamment des enfants les plus vulnérables et défavorisés - Améliorer sous tous les aspects la qualité de l'éducation de façon à obtenir des résultats d'apprentissage reconnus et quantifiables - notamment en ce qui concerne la lecture, l'écriture et le calcul et les compétences indispensables dans la vie courante

⁸⁶ Arabie Saoudite, Koweït et Chine.

	<ul style="list-style-type: none"> - Offrir aux adultes un accès équitable aux programmes d'éducation de base et d'éducation permanente et réduire d'au moins 50% les disparités actuelles entre les sexes au cours de la décennie - Eliminer les disparités entre sexes dans l'enseignement primaire et secondaire d'ici 2005 - Réduire de 50% d'ici 2000 le taux d'analphabétisme adulte en 1990
Conférence internationale sur la population et le développement (Caire, 1994)	<ul style="list-style-type: none"> - Réduction d'un tiers d'ici 2015 des chiffres du taux de mortalité infantile au-dessous de 35/1000 - Réduction de 2/3 d'ici 2015 de la mortalité des enfants de moins de 5 ans en 1990 - Accès universel à l'enseignement primaire d'ici 2015 - Accès universel aux soins de santé primaires - Eliminer les disparités entre sexes dans l'enseignement primaire et secondaire d'ici 2005, en vue d'assurer une égalité dans les programmes, les institutions et les systèmes éducatifs d'ici 2015 - Offrir aux adultes un accès équitable aux programmes d'éducation de base et permanente et réduire d'au moins 50% les disparités actuelles entre les sexes au cours de la décennie - Accès universel à des méthodes contraceptives sûres/fiables
Sommet mondial pour le développement social : Copenhague (1995) ; Genève (2000)	<ul style="list-style-type: none"> - Réduction de 50% d'ici 2000 des enfants de moins de 5 ans victimes de malnutrition en 1990 - Réduction d'un tiers d'ici 2015 des chiffres du taux de mortalité infantile au-dessous de 35/1000 - Réduction de 50% d'ici 2000 des taux de 1990 et à nouveau de 50% d'ici 2015 des taux de 2000 - Réduction de 50% d'ici 2015 des pers. vivant dans une extrême pauvreté en 1990 - Elimination du travail des enfants - Eliminer les disparités entre sexes dans l'enseignement primaire et secondaire d'ici 2005, en vue d'assurer une égalité dans les programmes, les institutions et les systèmes éducatifs d'ici 2015 - Offrir aux adultes un accès équitable aux programmes d'éducation de base et d'éducation permanente et réduire d'au moins 50% les disparités entre les sexes au cours de la décennie - Accès universel au plein emploi rétribué - Accès universel à l'eau potable, approvisionnement de tous en eau potable d'ici 2025

Conférence mondiale pour les femmes : Beijing, (1995; 2000)	<ul style="list-style-type: none"> - Eliminer les disparités entre sexes dans l'enseignement primaire et secondaire d'ici 2005, en vue d'assurer une égalité dans les programmes, les institutions et les systèmes éducatifs d'ici 2015 - Offrir aux adultes un accès équitable aux programmes d'éducation de base et d'éducation permanente et réduire d'au moins 50% les disparités entre les sexes au cours de la décennie - Eliminer les pratiques discriminatoires dans l'emploi - Accès équitable aux institutions politiques
Sommet mondial de l'alimentation (Rome, 1996)	Réduction de moitié d'ici 2015 des personnes chroniquement sous-alimentées
Conférence Nations Unies sur les établissements humains (habitat) (Istanbul, 1996)	Fourniture d'un espace habitable suffisant en évitant tout surpeuplement

L'éligibilité du Cameroun à la réduction de la dette, consacrée en mai 2000 par le FMI et la Banque Mondiale, ouvrait ainsi des perspectives nouvelles pour le pays, grâce notamment aux économies budgétaires mobilisables à partir du point de décision que le Cameroun a pu franchir dès le mois d'octobre 2000. La France, de son côté, a complété cette initiative multilatérale par un mécanisme de refinancement par don de la dette bilatérale intitulé « Contrat de Désendettement/Développement (C2D)⁸⁷ » qui s'inscrit également dans une logique de stratégie pour la croissance et la réduction de la pauvreté.

Au-delà du dynamisme économique, c'est la relative stabilité des performances au cours des dernières années (malgré les résultats instables du secteur pétrolier) qui différencie le Cameroun d'autres pays éligibles de la sous-région. En mettant en relief la structure relativement diversifiée de l'appareil de production, le Cameroun a pu bénéficier à court terme des retombées de la construction de l'oléoduc tchado-camerounais, qui permettent une bonne tenue des investissements. La croissance du PIB a, en conséquence, été relativement forte, aux alentours de 5,3% en 2000/2001, malgré la désorganisation des

⁸⁷ Le montant du volet additionnel français - C2D - correspond à environ 1,2 milliard d'euros (780 Md FCFA),

filières d'exportation (cacao et café) et des ressources forestières. La baisse des volumes de pétrole extrait à partir de 2001, associée à des dysfonctionnements importants de l'offre d'électricité, aux difficultés des filières d'exportation traditionnelles et aux problèmes d'ajustement, aux réformes en cours, ont entraîné un ralentissement de la croissance en 2002, estimé aux alentours de 4,4%.

Au cours de la période de mise en œuvre du DSRP (2003-2007), le PIB a enregistré un taux moyen de croissance réelle de 3,3%. Cette moyenne se situe en dessous de celle de 4,2% observée au cours de la période 2000-2002, pendant laquelle le Cameroun ne mettait en œuvre aucun programme formel visant essentiellement la lutte contre la pauvreté. C'est dire qu'en matière de croissance économique, les objectifs recherchés, à partir d'avril 2003, date de l'entrée en vigueur du programme FRPC, n'ont pas été atteints. La période 2001-2007 a donc été marquée par un taux de croissance moyen annuel du PIB compris entre 3% et 3,4%, soit des taux moyens annuels par tête du PIB de 0,5% à 0,7% par an, niveau trop faible pour influencer de manière significative les conditions de vie des ménages. Ainsi, la pauvreté monétaire qui a reculé de 13 points entre 1996 et 2001 est restée stable sur la période 2001-2007, de même que l'incidence de la pauvreté, qui était de 40,2% en 2001, est restée à 39,9% en 2007. La conséquence immédiate de cette stabilité du niveau de pauvreté est l'augmentation importante du nombre de pauvres. Sur une population estimée à près de 17,9 millions de personnes en 2007, on estime le nombre de pauvres autour de 7,1 millions de personnes.

Dès 2004, plusieurs pays à l'instar de l'Allemagne, du Japon, de l'Italie et de la Chine ont également marqué le pas. Afin de conforter les différents partenaires et asseoir sa politique sur de « bonnes bases », le Gouvernement a entamé une série de réformes dont l'une des plus probantes est, la publication en juillet 2004, des lois sur la décentralisation qui prévoient le transfert des compétences et des moyens importants aux communes. Le Cameroun atteint le point d'achèvement le 28 avril 2006, malgré la faible croissance enregistrée en 2005 et 2006 avec respectivement 2,8% et 4,3%. Des défis pour régler les dysfonctionnements sociaux au cours de ce long processus deviennent majeurs : (i) les conditions de vie difficiles et une stagnation de la pauvreté ; (ii) la déconnexion des milieux urbain et rural ; (iii) la dégradation du tissu socio-économique par la perte massive

des emplois ; (iv) la mise en place des réformes structurelles pour faire face à l'affaiblissement du capital social, etc.

Sur le plan sanitaire, cet engagement du Gouvernement s'est exprimé par des mesures immédiates, notamment la réorientation des programmes dans un cadre intégré et déconcentré des districts sanitaires. L'arrêté du 21 septembre 1998 fixant les modalités de création des structures de dialogue et de participation communautaire préparait déjà la mise en place du PNDS qui a été validé quelques mois plus tôt. La globalité dans l'approche, le partage des objectifs communs par tous les acteurs et la volonté de mettre ensemble les efforts pour mobiliser les ressources étaient les maîtres-mots de ce plan, qui exigeait un minimum de règles : le partage des informations pour une meilleure lisibilité des interventions, la transparence dans la gestion, le respect des normes et procédures communes, le développement d'une culture du partenariat à la place de l'assistance. En bref, les concepts de « participation communautaire », « collaboration » entre secteurs public et privé, « mutualisation du risque », et « décentralisation » de la gestion étaient censés guider sa mise en œuvre.

L'aide publique au développement (qui s'apparente à un pansement suite à la récession économique et au surendettement devenus intenable pour les pays) va très rapidement se positionner comme un facteur renforçateur de la désarticulation entre les politiques économiques et les politiques publiques sectorielles, mettant à mal les champs de représentations dans plusieurs secteurs sociaux. Bien que cette aide soit orientée, suivant son inspiration néo-marxiste du développement inégal depuis les années 1970, vers la réduction de la pauvreté, les politiques sectorielles seront encore davantage amenées à répondre à des contraintes supranationales (logique du *donor-driven*) qu'à celles issues d'une démarche volontariste des Etats (logique du *country-led*) et qui débouche dans le domaine de la santé à un choc de temporalité entre le référentiel sanitaire et le référentiel économique dominant. Sa nature inévitablement politique et sa logique technocratique ont suscité plusieurs débats tendant à voir ses pratiques, son allocation et ses instruments gagner davantage de sens. Ceci soulève également la question de la quête légitime d'intérêts nationaux, qui va significativement peser sur le référentiel sectoriel de la santé.

Les engagements nationaux dans le secteur de la santé vont se synthétiser sommairement dans la formule *efficacité vs équité*, qui se transformera progressivement en débat-pivot dans l'explication de la construction différenciée des politiques publiques de santé. C'est donc autour de nouvelles approches sectorielles de programmation financière et participative que vont se construire des cadres cognitifs afin de concilier les exigences entre le maintien des équilibres macro-économiques et les investissements nécessaires dans les secteurs sociaux (élaboration du cadre de dépenses à moyen terme ou CDMT, harmonisation des procédures d'aide à travers les SWAp avec des financements sous forme de « *common baskets* »).

Plusieurs critiques, fondées sur les résultats empiriques issus d'une dizaine d'études de cas menées par la Banque Mondiale en Afrique subsaharienne [WORLD BANK, 1998]⁸⁸ avaient déjà émergé dans les années 1990 pour remettre en cause l'efficacité générale de l'aide. Ces études établissent que si l'aide extérieure a un effet positif fort sur les performances économiques des pays qui mettent effectivement en œuvre des réformes structurelles adéquates, elle a, en effet, plus bénéficié aux pays qui ne reformaient pas ou peu leurs politiques [BURNSIDE et DOLLAR, 2000⁸⁹ ; DEVERAJAN *et al.*, 1999⁹⁰]. La conditionnalité, principal instrument d'exécution des réformes ne serait donc pas un instrument déterminant pour assurer leur exécution rigoureuse ou pour réorienter les dépenses publiques vers des secteurs ou des fins présélectionnées. Son efficacité dépendrait en réalité de la façon dont elle est combinée avec l'assistance technique et le dialogue politique [NGOKWEY, 2006]⁹¹, ce qui a contraint les pays dispensateurs à revoir complètement les mécanismes qui guident l'aide au développement, notamment en imposant l'élaboration concertée des cadres stratégiques de lutte contre la pauvreté comme condition sine qua non pour bénéficier de la remise de la dette.

⁸⁸ WORLD BANK (1998), *Assessing Aid: What Works? What doesn't and Why?* The World Bank, Washington DC, Oxford University Press, 1998.

⁸⁹ BURNSIDE C., DOLLAR D. (2000), « Aid, Policies, and Growth », *American Economic Review*, 90, 847-68.

⁹⁰ DEVARAJAN S., DOLLAR D., HOLGMAN T. (1999), *Aid and Reform in Africa*, Paper presented at the IMF/World Bank Annual meeting Washington DC, 1999.

⁹¹ NGOKWEY N. (2006), *A propos des femmes, des noirs et du développement. Questions sans réponses et autres essais*, L'Harmattan, Questions Contemporaines, 214 p.

En 2005, l'entente entre pays donateurs et partenaires est rafraîchie à Paris par le Comité d'aide au développement de l'Organisation de Coopération et de Développement Economiques (CAD-OCDE) dans le but d'accroître l'impact de l'aide internationale. La *Déclaration de Paris* sur l'efficacité de l'aide, qui en est issue oblige toutes les parties à réformer l'acheminement et la gestion de l'aide, suivant des principes et objectifs cibles organisés autour de 5 points :

- *Appropriation* – Les pays partenaires prennent la responsabilité d'établir leur programme de développement. Il s'agit d'aller vers une appropriation nationale en augmentant le degré de contrôle que les gouvernements bénéficiaires de l'aide sont capables d'exercer sur le choix, la formulation et la mise en œuvre des politiques publiques et des réformes dans leur pays (« *country ownership* »).
- *Alignement* – Les donateurs font reposer l'ensemble de leur soutien sur les stratégies nationales, les institutions et les procédures des pays partenaires. Ce principe a été transformé par les donateurs en un alignement sur les budgets nationaux. En conséquence, les diverses formes d'aide budgétaire constituent l'un des trois principaux outils proposés par les pays dispensateurs d'aide.
- *Harmonisation* – Les pays donateurs feront en sorte que leurs actions soient mieux harmonisées, plus transparentes et permettent une plus grande efficacité collective. Des stratégies conjointes en matière d'aide seront utilisées à l'échelon national, parallèlement aux réformes en cours dans le système des Nations Unies (« *One UN* »), de telle sorte que tous les programmes des institutions bilatérales et multilatérales soient de plus en plus harmonisés.
- *Gestion axée sur les résultats (GAR)* – Tous les pays géreront les ressources et amélioreront le processus de décision en vue d'obtenir des résultats. Dans la GAR, les principes des droits de la personne et les obligations légales des donateurs et des gouvernements doivent servir à mesurer l'efficacité des politiques et des approches – notamment leur impact sur les groupes vulnérables.

- *Responsabilité mutuelle* – Les pays donateurs et partenaires promettent d’être mutuellement responsables des résultats obtenus en matière de développement. Les gouvernements et les citoyens (société civile) devraient pouvoir se tenir mutuellement responsables des engagements qu’ils ont pris à l’égard du développement ; pour ce, ils disposeront de ressources et seront forts et indépendants.

1.2.2. Des réponses institutionnelles explicatives des problèmes d’accessibilité et de l’aggravation des inégalités de santé

L’évolution de la situation économique du pays a, sans nul doute, conduit à une recomposition sectorielle des cadres d’action publique en matière de santé à la recherche de « *l’institutionnellement cohérent* ». L’introduction de la médecine moderne qui correspond à l’action des premiers missionnaires dans le domaine socio-sanitaire a été une véritable innovation pour le système traditionnel de santé qui y prévalait. Cette action pionnière des missions chrétiennes s’est longtemps consacrée dans la lutte contre diverses épidémies en pratiquant la vaccination, en assurant les soins curatifs et en promouvant les bonnes pratiques d’hygiène à l’échelle communautaire. L’histoire sanitaire du Cameroun résulte donc de trois types de rapports qui participent eux-mêmes de deux types d’instrumentalisation coloniale, à savoir : l’instrumentalisation du religieux et l’instrumentalisation relative à la mise en valeur économique qui conduira à la naissance du fait sanitaire. Son évolution laisse apparaître 3 périodes distinctes : la période coloniale caractérisée par la lutte contre les grandes endémies, la période postcoloniale marquée par la mise en place des grands programmes verticaux devant accompagner la mise en œuvre des plans quinquennaux, et la période actuelle qui milite pour un effort d’élaboration et de mise en œuvre de politiques sanitaires explicites.

Cette section a pour ambition de restituer la trajectoire des cadres organisationnels en réponse aux problèmes du secteur de la santé, en les situant dans une perspective plus englobante de changement dans l’action publique. Nous avons souhaité explorer l’histoire du fait sanitaire au Cameroun, parce qu’elle nous a paru essentielle à la bonne compréhension des ressorts du système actuel ainsi que la réarticulation du sanitaire et de l’économique avec le passage du paradigme keynésien au paradigme néolibéral. Ceci nous

conduit à une question fondamentale, celle de savoir le chemin suivi depuis l'autonomie des initiatives sanitaires isolées jusqu'à leur inscription dans un sillage de changement de référentiel d'action publique.

1.2.2.1. Des actions de lutte contre les grandes endémo-épidémies (1845-1965) aux programmes verticaux (1965-1978)

Les bases destinées à améliorer l'accès aux soins curatifs et préventifs des populations en situation de précarité sont lancées pendant l'ère coloniale à travers une épopée africaine des pastoriens engagés dans la lutte contre les grandes endémies (notamment la trypanosomiase et le paludisme). Celle-ci s'exerce sous forme de médecine mobile et prend de l'ampleur avec les œuvres du Docteur Eugène JAMOT dans le Cameroun Oriental, consistant en un acharnement thérapeutique dans l'éradication des grands fléaux qui prennent une dimension plus sociale que sanitaire. Elle correspond, dans le même temps, à la révolution pasteurienne qui contribue grandement à une meilleure connaissance de la cause des maladies infectieuses et à l'application de protocoles efficaces de soins. La production du vaccin antivariolique permettra, dès 1891, de procéder à la vaccination massive des populations tout en assurant le traitement de la rage. Plusieurs découvertes vont suivre et amèneront les indigènes à solliciter de plus en plus la médecine occidentale par préférence à celle jusqu'alors pratiquée par les traitants locaux. C'est le cas de la variole qui sera vaincue, de la peste qui sera contrôlée et des sérums antivenimeux mis au point.

La « rationalité » des croyances vis-à-vis de la maladie et l'étiologie sociale magique vont commencer à s'appréhender comme des combinaisons distinctes bien que cette dissociation demeure inachevée dans la mesure où la maladie restera longtemps comprise comme une rupture d'équilibre entre le corps, le naturel et le surnaturel. NDJITOYAP NDAM [2003]⁹² note que la perception anthropologique de toute pathologie est restée particulière chez l'Africain d'avant la colonisation, la cause des souffrances résidant dans la rupture

⁹² NDJITOYAP NDAM E. C. (2003), *De l'aide de santé... au médecin. Réflexions sur la genèse, l'évolution et les perspectives de la formation médicale au Cameroun*, Cameroon University Press, Séries Sciences pharmaceutiques et médicales, 62-65.

par la personne atteinte, d'un code de conduite sociale. De la sorte, pour guérir, « *l'on avait recours au guérisseur qui soigne autant l'âme que le corps* ».

L'inscription des représentations de la maladie dans les pratiques et attitudes y joue alors un rôle prépondérant, et l'accessibilité aux soins se précise et permet au fil des années de distinguer la maladie sous ses différentes dimensions : la maladie signifiée telle qu'elle est perçue et interprétée par le patient (*illness*), la maladie biomédicale telle qu'elle correspond à la réalité biologique (*disease*) et des significations sociales de la maladie telle qu'elle correspond à la maladie socialisée (*sickness*) [ZEMPLINI, 1985]⁹³. Cette évolution marque la rupture entre les pratiques magico-spirituelles exclusives des populations indigènes sous l'emprise du surnaturel et une tendance de plus en plus prononcée au rationalisme dans la perception et le traitement de la maladie, fondée sur l'expérience et l'observation. La médicalisation à outrance prend de l'importance dans l'espace sanitaire qui devient plus élitiste avec la densification de l'offre médicale à travers la construction des centres hospitaliers urbains. En milieu rural, une médecine et une prophylaxie de masse vont particulièrement s'illustrer en créant des secteurs que parcourent sans relâche des équipes de dépistage et de traitement.

De ce fait, les espaces médicaux et sanitaires vont se confondre, traduisant le poids des comportements respectifs et des stratégies des acteurs du champ sanitaire tout en montrant les limites d'une planification sanitaire trop rigide. L'œuvre missionnaire en matière de santé sera également un puissant outil de conversion massive des indigènes, fort de son succès dans la lutte contre les grandes endémo-épidémies qui ont décimé les populations soumises à la médecine traditionnelle. L'enjeu de la santé va donc s'orchestrer sur un mode d'activité missionnaire en vue d'assurer la reproduction d'une force de travail de plus en plus demandée par la machine productrice, avant de s'institutionnaliser pour connaître une lente dynamique de professionnalisation [PIROTTE, 2004]⁹⁴. La médecine, de même que la conception de la santé, vont progressivement correspondre à des constructions sociales qui évoluent dans le temps, en référence à la valeur essentielle que les sociétés africaines accordent à la santé.

⁹³ ZEMPLINI A. (1985), *La maladie et ses causes. Introduction*. L'ethnographie, 2, 13-44.

⁹⁴PIROTTE J. (2004), *La mobilisation missionnaire, prototype des propagandes modernes (XIXe-XXe siècles)*, in *La mission en texte et en image*, Karthala, Paris, 211-232.

Cette évolution historique du fait sanitaire explique l'encadrement institutionnel de la pratique médicale par un ensemble de valeurs et de règles très nombreuses et souvent très contraignantes. En déniaient la validité des divers recours thérapeutiques autochtones traditionnels et en ignorant les stratégies locales de gestion écologique de leur milieu par les populations, les autorités coloniales ont privilégié des interventions parfois efficaces lors des crises sanitaires, mais aux effets parfois désastreux lorsque ces dernières étaient imposées aux populations au mépris des sensibilités et des valeurs propres à ces sociétés. Deux difficultés majeures se dressent face à cette intrusion de la médecine biomédicale dans les procédés thérapeutiques traditionnels en vigueur. D'une part, les logiques d'intervention sanitaire coercitive, dont l'efficacité technique en certaines circonstances ne saurait être déniée, ont souvent refusé de prendre en compte les dynamiques sociales à l'œuvre face à la maladie et à la mort. D'autre part, les campagnes de vaccination et les tournées sanitaires bien qu'ayant un impact certain, sont restées des opérations ponctuelles imposées et, surtout, sans réel effort conséquent en matière d'éducation sanitaire.

La période postindépendance quant à elle sera marquée par le besoin de mettre en place des dispositifs non plus exclusivement centrés sur les personnes nécessitant une assistance thérapeutique, mais poursuivant des objectifs globaux et alliant les 3 paliers d'intervention que sont la prévention, le traitement et la promotion. Cette nécessité s'est fait rapidement ressentir dans la mesure où le pays dispose désormais d'une plus grande autonomie dans sa gestion économique. L'objectif des gouvernants locaux était alors « *d'expérimenter des approches de santé communautaire, susceptibles d'assurer aux populations des soins de santé techniquement valables et en harmonie avec leurs réalités locales* » [DOZON, 1987]⁹⁵. Des programmes verticaux vont se succéder en se focalisant sur les maladies considérées comme étant les causes de morbidité et de mortalité pour accompagner les Plans Quinquennaux de développement. Ces nouvelles stratégies visent une meilleure prise en charge des besoins de la santé des populations et un accès équitable aux ressources sanitaires avec un effort porté sur le renforcement de l'offre de services au détriment d'initiatives permettant de susciter la demande de santé ou du moins, de traduire cette demande dans la sollicitation des services. Au-delà de leurs bilans contrastés, ces

⁹⁵ DOZON J.P. (1987), « Ce que valoriser la médecine traditionnelle veut dire », in *politique africaine. Politique de santé*, Karthala, Paris, p. 9.

programmes n'auront pas force de réduire les inégalités sociales qui s'accroissent sans cesse et constituent un sérieux obstacle pour l'atteinte des objectifs fixés.

Cette période correspond également à l'expérimentation des approches promues au niveau international à travers deux ruptures conceptuelles qui vont renforcer le déséquilibre entre l'*efficacité* et l'*équité* : la Déclaration d'Alma Ata (1978) basée sur les SSP dont l'objectif général était « *d'amener, d'ici à l'an 2000, tous les peuples à un niveau de santé en leur permettant de mener une vie socialement et économiquement productive* » et ; l'Initiative de Bamako (1987) dont l'ambition première était de remédier aux dysfonctionnements des systèmes de santé sous un angle financier, la déréglementation et l'appel au financement des ménages eux-mêmes dans le cadre des politiques dites de « recouvrement des coûts » et qui vient rompre avec la logique égalitariste en imprimant une dynamique portée sur l'économisation de la sphère sanitaire. Ces deux ruptures qui ont fait l'objet d'un travail important de la part de TIZIO [2005⁹⁶ ; 2004⁹⁷ ; 2003⁹⁸] vont guider l'action publique en matière de santé pendant la période post-indépendance. Fondée sur 2 grands principes éloignés par leur philosophie (l'*équité* pour l'un et l'*efficacité* pour l'autre) mais complémentaires par les mécanismes⁹⁹ qu'ils mobilisent, la construction de l'action publique en matière de santé se penchera essentiellement sur les principes d'efficacité économique à partir des années 1980, ce qui va exposer le référentiel sectoriel de la santé au diktat des politiques économiques.

⁹⁶ TIZIO S. (2005), « trajectoires socio-économiques de la régulation des politiques de santé dans les pays en développement : une problématique institutionnelle », *Mondes en Développement*, 33 (131), 45 - 58.

⁹⁷ TIZIO S. (2004), « Etats de santé et systèmes de soins dans les pays en développement. La contribution des politiques de santé au développement durable », *Mondes en Développement*, 32 (127), 99 – 115.

⁹⁸ TIZIO S. (2003), « Les deux modèles polaires de politique sanitaire dans les pays en développement », *Économies et Sociétés*, série F, 41, 1261-1278.

⁹⁹ Une évolution favorable de l'efficacité productive des systèmes de santé va de pair avec une amélioration de l'allocation des ressources en faveur du secteur de la santé. Même si l'impératif d'efficacité subsiste, les politiques publiques/sociales doivent maintenir leur caractère redistributif afin de répondre aux inégalités et d'en atténuer les effets (ce qui permet de mesurer l'efficacité de la politique redistributive).

1.2.2.2. Du Plan National de Développement Sanitaire à une politique publique explicite du secteur (1978-2001)

La réforme du système de santé a pris un tournant déterminant avec l'adoption de deux textes importants : la Déclaration de la politique sectorielle en 1992 (réorientation des SSP) et la Loi-cadre dans le domaine de la santé en 1996 (participation communautaire et partage des coûts). Cette Loi-cadre dans le domaine de la santé de 1996 constitue véritablement la première tentative de définition d'une stratégie cohérente d'actions à mener dans le secteur. Elle précise que la politique nationale de santé a pour objectif *« l'amélioration de l'état de santé des populations par l'accroissement de l'accessibilité aux soins intégrés et de qualité pour l'ensemble de la population avec la participation des communautés à la gestion et au financement de la santé »* [PNDS, 1999]¹⁰⁰. Elle a conduit à l'élaboration du document de Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) qui devenait ainsi le tout premier outil de planification et de plaidoyer qui précise à moyen et long termes les priorités, les objectifs et les stratégies susceptibles de corriger les insuffisances, les disparités, voire les incohérences observées dans le secteur pour la période 1999-2008. Ce document a été articulé autour de 3 objectifs :

- la décentralisation rendant les Districts de santé (niveau périphérique) fonctionnels et plus performants par la recherche d'une meilleure complémentarité entre secteur public et privé (qui couvre près de 45% des besoins au Cameroun) ;
- la maîtrise de la progression du Sida et des maladies endémiques avec un programme très décentralisé au niveau des Districts ;
- le développement de la participation communautaire dans le financement de la santé (système de recouvrement des coûts, mutuelle de santé).

Cet engagement du gouvernement s'est exprimé par des mesures immédiates, notamment la réorientation des programmes dans un cadre intégré et déconcentré des districts

¹⁰⁰ Dans le PNDS (1999-2008), l'approche programme a été utilisée comme outil de gestion dans la mesure où il offrait un cadre d'intervention unique pour les acteurs. Centrée sur le district de santé, ses maîtres-mots étaient : *« participation communautaire »*, *« collaboration »* entre secteurs public et privé, *« mutualisation des risques »*, et *« décentralisation »* de la gestion.

sanitaires. L'arrêté du 21 septembre 1998 fixant les modalités de création des structures de dialogue et de participation communautaire préparait déjà la mise en place du PNDS qui a été validé quelques mois plus tôt. Dans le PNDS, l'approche programme a été utilisée comme outil de gestion dans la mesure où il offrait un cadre d'intervention unique pour les acteurs. Le gouvernement voulait disposer d'un tableau de bord qui lui permette d'assurer un bon suivi et contrôle en imprimant une dynamique d'ensemble aux efforts isolés que représentent les projets. La globalité dans l'approche, le partage des objectifs communs par tous les acteurs et la volonté de mettre ensemble les efforts pour mobiliser les ressources ont enclenché une dynamique exigeant un minimum de règles : le partage des informations pour une meilleure lisibilité des interventions, la transparence dans la gestion, le respect des normes et procédures communes, le développement d'une culture du partenariat à la place de l'assistance. L'approche programme promue dans ce document pouvait alors être jugée comme étant ambitieuse avec une déclinaison en une douzaine d'orientations stratégiques. L'adaptation de la législation sanitaire, en particulier pour le secteur hospitalier et pharmaceutique, la rationalisation de la gestion des infrastructures, des équipements et du personnel, la mise en place de systèmes d'information sanitaire performants devaient à juste titre compléter ces orientations.

La politique actuelle se situe dans le cadre d'une approche plus africaine qui tient compte des similitudes des systèmes sanitaires globalement en déclin. Elle tient donc compte des recommandations issues de certaines rencontres importantes organisées par les Etats africains au cours desquelles des stratégies concertées ont été développées. Les plus importantes de ces rencontres sont : la conférence de Lusaka (1985), la conférence interrégionale de l'OMS à Harare (août 1987), le sommet des Chefs d'États de l'OUA (juillet 1987) et la conférence de Bamako (septembre 1987). La Stratégie Sectorielle de la Santé a été adoptée pour la période 2001-2010. Dans cette stratégie, trois objectifs majeurs ont été mis en relief, à savoir : (i) réduire de 1/3 au moins la charge morbide globale et la mortalité des groupes de population les plus vulnérables ; (ii) mettre en place, à une heure de marche et pour 90% de la population, une formation sanitaire délivrant le Paquet Minimum d'Activités (PMA); (iii) pratiquer une gestion efficace et efficiente des ressources dans 90% des formations sanitaires et services de santé publics et privés, à différents niveaux de la pyramide.

La SSS comprend 4 axes stratégiques (annexe 2) déroulés en huit programmes eux-mêmes regroupés en deux catégories : les programmes de prestations de soins et services (lutte contre les maladies, santé de la reproduction, promotion de la santé, médicaments et consommables médicaux essentiels) ; et ceux d'appui (processus gestionnaire, amélioration de l'offre de soins, avec notamment, la mise en œuvre du PMA dans toutes les aires de santé, financement du secteur santé, développement institutionnel). Ces programmes se déclinent quant à eux en 39 sous-programmes, tous conformes avec le DSRP et calés sur les objectifs du millénaire pour le développement – OMD. Quatre domaines principaux sont mis en exergue afin de concourir au développement des axes stratégiques nationaux :

- le schéma directeur de l'offre de soins, qui énonce les relations de complémentarité entre tous les intervenants du secteur santé ;
- l'organisation du secteur, qui s'appuie sur le développement d'un partenariat entre le Ministère de la Santé Publique, les départements ministériels agissant de façon transversale dans le secteur de la santé, le secteur privé, les communautés et les partenaires extérieurs ;
- le processus gestionnaire et administratif, qui redéfinit le rôle attendu des différents intervenants dans le financement et donne les orientations sur les principes et modalités d'allocation et de gestion des ressources ;
- les aspects techniques, qui définissent les conditions d'amélioration de l'accessibilité géographique, financière et socioculturelle des populations au système de soins, l'amélioration de la qualité des soins et les programmes prioritaires.

Au niveau national, le secteur couvre 3 grands sous-secteurs, ce qui rend le cadre institutionnel diversifié avec une multitude d'acteurs. On observe des cloisonnements et des distorsions fonctionnelles du fait de la faiblesse des mécanismes de coordination et de concertation mis en place. Même au niveau central, les attributions et les compétences sont éparpillées au sein de plusieurs institutions et ministères techniques. La mise en

œuvre de la SSS aura donc été un défi majeur à tous les niveaux, même si, à mi-parcours, des cadres de concertation ont été établis « *pour plus de coordination, de standardisation et de capitalisation des interventions* » :

- (i) le sous-secteur public qui comprend, outre les structures sanitaires directement sous la tutelle du Ministère de la Santé, certaines dont la tutelle relève d'autres départements ministériels (Forces armées, Travail, Éducation, Enseignement supérieur, etc.) ;
- (ii) le sous-secteur privé qui regroupe des structures sanitaires privées à but non lucratif (confessionnelles, associatives et d'organisations non gouvernementales) et celles à but lucratif (cliniques privées et cabinets médicaux) ;
- (iii) le sous-secteur de la médecine traditionnelle, qui est une composante majeure du fait qu'il est fortement ancré dans la pratique quotidienne des soins, surtout pour les moins nantis (premier et second quintiles de richesse). En revanche, ce secteur reste celui dont l'organisation et la réglementation ne sont pas encore suffisamment explicitées et dont le fonctionnement reste en interrompu.

Le DSRP final fut rédigé après l'atteinte du point de décision, donc après la mise en œuvre des premiers projets financés sur fonds PPTE et après la finalisation et la validation de la SSS. Par conséquent, cette dernière se retrouve pour l'essentiel dans le DSRP final (validé en 2003). Du document final, on peut lire l'engagement de faire évoluer rapidement les programmes d'application de la SSS avec pour objectifs prioritaires : (i) un rattrapage des districts sanitaires les plus défavorisés¹⁰¹, (ii) une orientation forte vers la déconcentration/décentralisation du système, (iii) une approche thématique corrigeant les inégalités liées à la « balkanisation » du territoire par le partage des régions entre les partenaires extérieurs dont les niveaux d'appui, les domaines d'intervention et les procédures diffèrent, (iv) une participation communautaire plus poussée, (v) une accessibilité, tant physique que financière, de toute la population et une réponse aux problèmes des indigents ainsi qu'à celui du partage du risque maladie.

¹⁰¹ Assertion vide de sens dans la mesure où il n'existe pas une cartographie des zones défavorisées présentant des déficits d'offre et de demande de santé.

On retrouve en effet dans le DSRP certains programmes de lutte contre les grandes endémies (paludisme, VIH/SIDA, onchocercose, tuberculose, maladies non transmissibles), le PEV, la santé de la reproduction et de nutrition, outre trois programmes «structurants » (amélioration de l'accessibilité aux médicaments essentiels, amélioration du financement de la santé grâce aux mutuelles de santé, et programme urgences, épidémies, catastrophes). Ces derniers prennent particulièrement en compte le problème de l'accessibilité financière aux soins, et se trouvent donc plutôt destinés aux populations pauvres. Le cadrage macro-économique du DSRP a poussé le Ministère de la Santé Publique à mener une révision à la baisse du financement de la SSS, et donc de ses objectifs. Ainsi, le DSRP précise la méthodologie du cadrage budgétaire des secteurs, parmi lesquels la santé. Il existe néanmoins un gap de financement par rapport aux ressources internes et externes disponibles dans le cadre budgétaire du DRSP. Dans un second temps, les ministères sectoriels ont révisé leur scénario pour le mettre en cohérence avec les ressources dégagées dans le scénario central du DSRP et affectées dans le CDMT.

La diminution des enveloppes budgétaires disponibles a eu pour conséquence la révision des projets et programmes et des objectifs initiaux. Le financement interne correspond au budget du Ministère de la santé, prenant en compte les fonds PPTE et C2D à partir de 2004. Ces fonds n'ayant pas été rendus disponibles dans les délais et selon les montants prévus, un recentrage du CDMT de la SSS a été nécessaire afin d'obtenir un engagement ferme à moyen terme sur les ressources allouées. Les changements structurels qui vont intervenir dans le secteur social auront comme « leviers de contrôle » la recherche de l'efficacité/efficience en accordant peu d'importance à leur caractère redistributif, ce qui conduira à des politiques sectorielles à forte concentration sur la rentabilité économique au détriment de la réduction des inégalités.

1.3. LA PERSISTANCE DES INÉGALITÉS DE SANTÉ COMME CONSÉQUENCE DES CONTRAINTES EXERCÉES PAR LES POLITIQUES ÉCONOMIQUES

Si l'économie néo-institutionnelle nous offre un cadre d'analyse pertinent pour comprendre l'évolution du système de santé, il permet également de saisir les mécanismes qui concourent, avec d'autres facteurs individuels et/ou collectifs, à influencer l'arbitrage qui est fait entre les dépenses de santé et d'autres postes de dépenses de la vie quotidienne. L'accessibilité financière aux services de santé et les modalités de paiement des soins sont indissociables de la compréhension du problème de réduction des inégalités face à la santé comme idée régulatrice de la justice économique. C'est dans ce cadre normatif élargi que le dilemme classique entre l'*égalité* (donc *équité*) et l'*efficacité* devient central. La compréhension des inégalités de santé passe alors nécessairement par celles liées aux conditions de vie, aux conditions de travail, à la dynamique du support social, aux variables culturelles et à l'organisation du système de santé lui-même.

Toute prédiction de comportement jugé désirable par l'acteur (individuel ou collectif) face à la santé se rattache à la clarification du lien entre les soubassements existentiels et les barrières à l'égalisation des dimensions distributives de tout système économique qui se réclame juste. L'un des préalables majeurs à cette analyse reste la connaissance approfondie de la structure de la population, c'est-à-dire le décèlement des groupes plus ou moins homogènes caractérisés par des critères spécifiques. Mais, pour y parvenir, se pose avec acuité la question de métrique appropriée et des capacités de mesure de la pauvreté et de qualification des inégalités. Cette situation a d'ailleurs conduit certains analystes à penser que l'analyse des politiques publiques et/ou « la mise au travail » des théories de l'économie normative en Afrique était d'office disqualifiées, car soit les différents groupes sociaux sont dénués de capacités pouvant leur permettre de s'assurer un fonctionnement minimum, soit on bute rapidement sur l'inexistence des « *biens premiers* »¹⁰². Or, quelle que soit la conception que l'on se fait du bien-être et d'une

¹⁰² Les *biens premiers* selon RAWLS (1971) renvoient à « tout ce qu'on suppose qu'un être rationnel désirera, quels que soient ses autres désirs », à savoir les droits, les libertés et les possibilités offertes, les revenus et la richesse.

société juste, le niveau de vie des individus est certainement la première des informations dont doit disposer une institution pour mettre en place une politique publique. La notion de niveau de vie, bien que faisant encore l'objet de débats, offre un critère fondamental à l'identification des divers regroupements de la population en classes sociales, fondée sur une conception durkheimienne de la société divisée en secteurs socioéconomiques suite au processus historique de la division du travail social [DURKHEIM, 1996]¹⁰³.

1.3.1. Distribution du bien-être socioéconomique et comportements de consommation des services par les ménages

La prise en compte, à la fois, des critères objectifs (monétaires ou conditions de vie) et subjectifs (caractérisés par la façon dont les personnes perçoivent elles-mêmes leur situation) dans l'analyse et la mesure de la pauvreté et des vulnérabilités se justifie de plus en plus compte tenu de la mutation des catégories qui complexifient davantage les rapports sociaux. Cette double approche permet de mieux cerner les dynamiques sociales et les interrelations entre les groupes vulnérables et la population globale, qui se manifestent sur la base des critères socialement construits et entretenus¹⁰⁴. Elle dessine des solutions novatrices permettant de mieux neutraliser la pauvreté, les inégalités et l'exclusion/la discrimination par un développement qui intégrerait toutes les catégories [DUFLO et BANERJEE]¹⁰⁵.

La caractérisation de la population doit, de ce fait, prendre en compte les critères économiques et la satisfaction des besoins essentiels, ainsi que des facteurs tels que l'inégalité, la discrimination et la limitation des options et des choix. L'exclusion sociale, conséquence des effets conjugués de la pauvreté et des inégalités, d'emblée multiforme, devient la résultante immédiate de l'échec relationnel (au sens de la solidarité) qui met en

¹⁰³ DURKHEIM E. (1996) (édition adaptée de 1893), *De la division du travail social*, Paris, PUF, 416 p.

¹⁰⁴ Dans cette évolution, il est à noter que la marginalisation se pose comme *négarion de la parité*, de l'égalité de tous en droits et en devoirs. Elle signifie aussi l'inégal accès desdits groupes aux mêmes statuts, rôles, privilèges et participations.

¹⁰⁵ DUFLO E., BANERJEE A. (2007), « The Economic Lives of the Poor », *Journal of Economic Perspectives*, 21 (1), 141-167.

jeu les différentes composantes de la société tout en apparaissant comme un élément constitutif de la perte de capacité.

L'économie sera donc considéré ici comme porte d'entrée de l'analyse, car révélateur des conditions sociales de la population. En d'autres termes, le niveau de vie de la population – mesuré par son proxy, le niveau des dépenses – sera utilisé comme étalon de classification. Il faut toutefois rappeler qu'au Cameroun, comme dans la plupart des pays en développement, la mesure du revenu n'est pas aisée du fait de la forte fréquence des déclarations erronées lors des opérations de collecte des données, de la multiplicité des activités exercées, de la grande variabilité des revenus générés, de la nature non monétaire de certains revenus, etc. C'est donc pourquoi il s'avère intéressant d'approcher le niveau de vie des ménages à partir des dépenses de consommation (alimentaire, de santé, d'éducation...), approche qui repose néanmoins sur l'hypothèse non avérée d'une épargne nulle.

L'examen des contributions aux dépenses totales de consommation (volume des dépenses des ménages dans chaque quintile¹⁰⁶ par rapport aux dépenses totales des ménages) permet de mesurer de manière assez fine les inégalités au sein de la population en matière de répartition du revenu à partir de l'écart observé entre le premier et le dernier quintile. Quelle que soit l'année considérée, la part des dépenses du premier quintile (20% des ménages les plus pauvres) dans les dépenses totales ne représente à peine que 5%. Réciproquement, le dernier quintile, constitué des 20% des ménages les plus riches, contribue à plus de la moitié des dépenses totales. On remarque de plus un véritable saut entre les quatre premiers quintiles et le cinquième quintile. Cette tendance n'a pas varié significativement entre 1984, 1996 et 2001, ce qui signifie que l'essentiel des inégalités en matière de répartition du revenu est resté concentré dans ce dernier quintile. Ces résultats confirment la tendance évoquée dans le DSRP (2006) :

¹⁰⁶ La répartition des dépenses par quintile d'une population est un indicateur permettant de mesurer la disparité dans la répartition des dépenses au sein d'une population. Soient r_1 , r_2 , r_3 , r_4 respectivement le 1^{er}, le 2^{ème}, le 3^{ème} et le 4^{ème} quintile de dépenses, r_1 est le seuil qui sépare les 20% pour lesquels la consommation est la plus faible des autres, r_2 le montant de dépenses qui sépare les 40% pour lesquels la consommation est la plus faible des 60% pour lesquels elle est la plus élevée, etc. De manière rigoureuse, les valeurs des quintiles sont simplement les bornes inférieures des classes de dépenses à partir de la deuxième. Par extrapolation, les quintiles de dépenses seront assimilés aux quintiles de revenus (les dépenses étant considérées comme proxys), Ainsi, la répartition des dépenses par quintiles de dépenses sera considérée comme un indicateur permettant de mesurer le degré d'inégalité dans la répartition du revenu au sein d'une population.

« ...l'analyse de la dynamique indique que, si l'incidence de la pauvreté absolue a reculé au cours des 5 dernières années, il n'en a pas été de même des inégalités. En effet, le ratio du revenu annuel moyen des 20% des ménages les plus riches (le « haut quantile ») sur celui des 20% les plus pauvres (« bas quantile ») demeure élevé et stable, se situant autour de 8 et confirme ainsi la robustesse des inégalités de revenu. L'indice de concentration de Gini est aussi resté stable et relativement élevé durant la période (0,406 en 1996 et 0,408 en 2001)[...]Les politiques et stratégies à mettre en œuvre dans le cadre de réduction de la pauvreté devront ainsi viser à la fois l'intensification de la croissance afin de relever les revenus moyens, mais aussi une meilleure distribution des fruits de la croissance – et donc de ses sources - afin que celle-ci se traduise en réduction plus conséquente de la pauvreté ».

La période 2001-2007 a été marquée par un taux de croissance moyen annuel du PIB compris entre 3% et 3,4%, soit des taux de croissance moyens annuels par tête du PIB de 0,5% - 0,7% par an ; niveau trop faible pour influencer de manière positive l'évolution des conditions de vie des ménages. Ainsi, les données des enquêtes camerounaises auprès des ménages (ECAM)¹⁰⁷ nous renseignent que la pauvreté monétaire a reculé de 13 points entre 1996 et 2001, alors qu'elle est restée stable sur la période 2001-2007. En effet, l'incidence de la pauvreté qui était de 40,2% en 2001 est de 39,9% en 2007. Cette croissance enregistrée entre 1996 et 2007 ne s'est pas accompagnée d'une baisse significative des inégalités. En effet, l'indice de Gini qui mesure la distribution des revenus ou des dépenses des ménages par rapport à une distribution parfaitement égalitaire est passé de 0,416 en 1996 à 0,404 en 2001 et à 0,390 en 2007. En termes absolus, l'on note une forte concentration des pauvres dans les zones rurales (90%), dans l'Extrême-Nord (30%), dans le Nord (16%) et le Nord-Ouest (13%), compte tenu des poids démographiques et des taux de pauvreté élevés dans ces régions.

¹⁰⁷ Les 3 Enquêtes Camerounaises Auprès des Ménages (ECAM 1, 2 et 3) organisées sur l'ensemble du pays en 1996, 2001 et 2007 ont utilisé une approche quantitative ou monétaire basée sur la méthode des besoins essentiels alimentaires et non alimentaires. Elles ont permis de l'état de pauvreté et les conditions de vie des ménages au Cameroun sur les 3 années.

Tableau 2. Evolution de l'indice de Gini entre 1996 et 2007¹⁰⁸

	1996	2001	2007
National	0,416	0,404	0,390
Urbain	0,419	0,407	0,352
Rural	0,344	0,332	0,322

Sources: ECAM 1996, ECAM 2001, ECAM 2007.

Le tableau 2 révèle clairement que les inégalités ont persisté, même si on a noté sur la période une légère diminution. Cette structure montre également que même si les écarts entre les riches et les pauvres ne se sont pas accrus, la croissance économique continue à profiter davantage aux riches sans différence significative entre les milieux de résidence (rural/urbain). Néanmoins, les inégalités demeurent avec moins d'ampleur en milieu rural par rapport au milieu urbain. Sans se lancer dans une analyse approfondie du profil de la pauvreté, nous présentons dans le tableau 2 ci-haut les principaux indices¹⁰⁹ communément utilisés dans la mesure de la pauvreté en 2007 suivant leurs dimensions spatiales, à savoir : (i) l'incidence qui est défini comme le nombre de personnes pauvres exprimé en pourcentage de la population totale ; (ii) la profondeur ou intensité qui prend simultanément en considération le nombre des pauvres et l'étendue de leur pauvreté et qui

¹⁰⁸ L'indice de Gini mesure la distribution des revenus ou des dépenses des ménages par rapport à une distribution parfaitement égalitaire.

¹⁰⁹ Ces indicateurs font partie d'une classe dénommée P_α [FOSTER, GREER et THORBECKE, 1984]. La forme de ces indicateurs est :

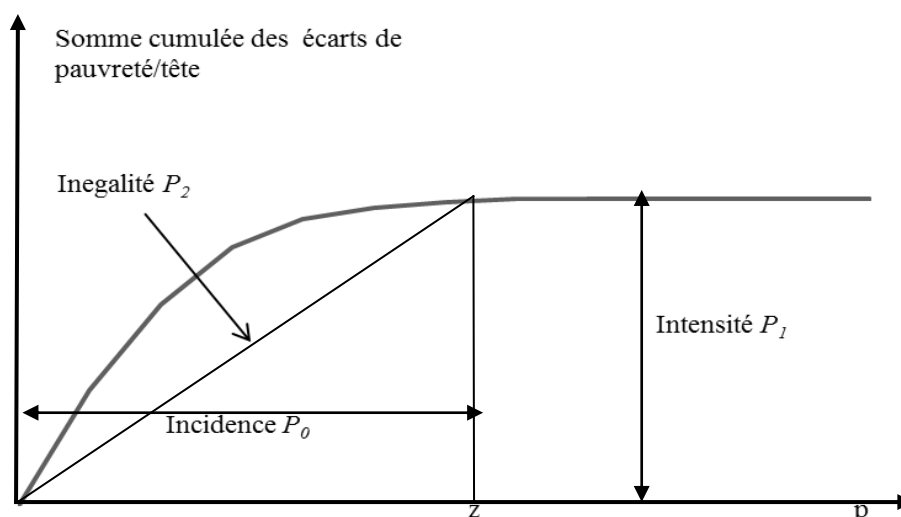
$$P_\alpha = \frac{1}{n} \sum_{i=1}^n \left(\frac{Z - Y_i}{Z} \right)^\alpha 1_{(Y_i < Z)}$$

On choisit généralement pour α les valeurs 0, 1 et 2. Pour $\alpha=0$, $P_0=H$, il s'agit de l'incidence de la pauvreté. Pour $\alpha=1$, P_1 désigne la profondeur de la pauvreté et pour $\alpha=2$, P_2 désigne la sévérité de la pauvreté.

L'incidence (ou le taux) de pauvreté mesure le niveau de consommation annuelle Y_i par tête inférieure au seuil de pauvreté Z ($Y_i < Z$ pour q individus), le taux de pauvreté est $H=q/n$. La profondeur de la pauvreté est basée sur le déficit global des pauvres par rapport au seuil de pauvreté et rend compte de la distance moyenne qui sépare les pauvres du seuil de pauvreté sans toutefois prendre en compte de manière convaincante les différences d'intensité de la pauvreté entre les pauvres. Pour cette raison, on utilise la sévérité de la pauvreté qui pondère les écarts de pauvreté des pauvres par ces mêmes écarts de pauvreté aux fins de l'évaluation de la pauvreté globale.

indique la part du seuil de pauvreté que chaque individu devrait fournir pour éradiquer la pauvreté et ; (iii) la sévérité de la pauvreté qui prend en compte l'incidence et la profondeur de la pauvreté, mais aussi la distribution des ressources parmi les pauvres.

Graphique 4. Courbe présentant les trois 'i' de la pauvreté



Source : JENKINS et LAMBERT [1998]¹¹⁰

Ainsi la pauvreté monétaire qui a reculé de 13 points entre 1996 et 2001 est restée stable en 2007 en termes d'incidence (de 40,2% en 2001 à 39,9% en 2007). Hormis Yaoundé et Douala, les provinces du Sud-Ouest, de l'Ouest, du Sud et du Littoral¹¹¹ qui ont une incidence de pauvreté oscillant autour de 30%, et le Centre avec 41%, l'incidence de la pauvreté fluctue autour de 50% dans le Nord-Ouest, l'Est et l'Adamaoua et à plus de 60% dans les provinces du Nord et de l'Extrême-Nord. La conséquence immédiate de cette stabilité du niveau de la pauvreté est l'augmentation importante du nombre de pauvres à cause d'une croissance démographique (2,7%) qui reste importante. La pauvreté a nettement reculé en milieu urbain de l'ordre de 5 points notamment dans les villes de Douala et Yaoundé, alors qu'en milieu rural, l'incidence de la pauvreté s'est aggravée de près de 3 points, surtout dans les trois provinces septentrionales.

¹¹⁰ JENKINS S., LAMBERT J. (1998), « Three 'I's of Poverty Curves Poverty Dominance: TIPs for Poverty Analysis », *Research on Economic Inequality*, 8, 39-56.

¹¹¹ Les provinces du Centre et du Littoral sont considérées hormis Yaoundé et Douala respectivement.

Tableau 3. Dimensions spatiales de la pauvreté au Cameroun en 2007

	Incidence de la pauvreté	Intensité de la pauvreté	Sévérité de la pauvreté	Pourcentage de pauvres	Q5/Q1
Strate de résidence					
Urbain	12,2	2,8	1,0	10,8	6,5
Rural	55,0	17,5	7,2	89,2	5,2
Régions de l'enquête					
Douala	5,5	0,9	0,2	1,4	5,7
Yaoundé	5,9	1,0	0,2	1,4	5,3
Adamaoua	52,9	14,5	5,4	6,9	6,6
Centre	41,2	9,5	3,1	7,9	4,3
Est	50,4	15,7	6,2	5,9	5,9
Extrême-Nord	65,9	24,6	11,2	29,9	6,7
Littoral	30,8	7,7	2,7	2,7	5,5
Nord	63,7	21,0	8,6	15,7	6,7
Nord-Ouest	51,0	16,6	6,8	13,0	7,6
Ouest	28,9	6,6	2,3	7,7	4,7
Sud	29,3	7,4	2,6	2,4	6,0
Sud-Ouest	27,5	6,9	2,5	5,2	6,0
Ensemble	39,9	12,3	5,0	100,0	7,5

Source : ECAM 2007, INS

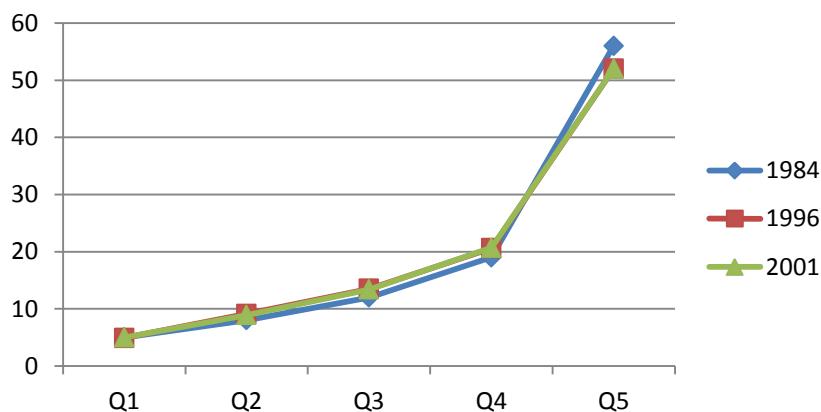
En matière d'analyse de la pauvreté, ce saut important entre les quatre premiers quintiles et le cinquième laisse comprendre que le comportement de consommation de 80% de la population se distingue fortement des 20% des plus riches, mais nécessite une analyse plus approfondie afin d'éviter tout contresens. La théorie économique sur le comportement du consommateur nous apprend qu'une hausse de revenu se traduit par une modification de la structure de consommation des ménages¹¹². Ainsi, on observe un glissement de consommation des produits de base (alimentation) vers les services (santé, éducation) au fur et à mesure que le revenu augmente (partant de l'hypothèse que le taux d'épargne est nul). Une hausse de revenu des ménages riches se traduira par une hausse plus importante

¹¹² Nous faisons ici référence au *principe keynésien* des propensions moyenne et marginale à consommer.

des dépenses non essentielles (loisirs, biens et équipements de luxe, etc.) et de services (santé, éducation) que des dépenses de base (alimentation, habillement, logement).

La part de ces dernières dépenses dans les dépenses totales aura donc tendance à baisser. La structure des dépenses s'en trouve ainsi modifiée. Le fait que 80% de la population camerounaise ait un profil de dépenses orienté principalement vers les produits et services essentiels signifie que sa structure de consommation s'apparente à celle d'une population essentiellement pauvre (voir l'annexe 3, qui présente les structures de consommation pour chaque quintile en 1996). L'approche quantitative ou monétaire est basée sur la méthode des besoins essentiels alimentaires et non alimentaires identifiés à partir des données des trois Enquêtes Camerounaises Auprès des Ménages (ECAM 1, 2 et 3) organisées sur l'ensemble du pays en 1996, 2001 et 2007, donne une idée globale sur l'état de la pauvreté et les conditions de vie des ménages au Cameroun, mais également sur l'évolution de la situation dans le contexte de la mise en œuvre du DSRP de 2003 dit de première génération.

Graphique 5. Contribution (%) des ménages aux dépenses totales de consommation par quintile (1984 – 2001)



Sources : EBC 1984 (in CCA 2000) ; Nos calculs à partir de ECAM 1996 et 2001

Q1 = Plus pauvres ; Q2 = Pauvres ; Q3 = Médians ; Q4 = Riches ; Q5 = Plus riches

L'enquête camerounaise auprès des ménages de 1996 (ECAM 1), qui constitue la première d'une série, a été organisée à la veille de la sortie du Cameroun de la crise économique dont la sévérité n'est plus à démontrer et qui a perduré pendant près d'une décennie. Elle a notamment permis de mesurer les effets de la crise et des

programmes d'ajustement structurel sur le niveau et les conditions de vie des ménages, et a porté sur un échantillon de 1.731 interviewés.

L'enquête ECAM 2, réalisée au quatrième trimestre de 2001, a permis d'actualiser le profil de pauvreté et d'élaborer des indicateurs de référence pour le suivi des progrès réalisés en matière de réduction de la pauvreté. Elle a, comme la première, couvert l'ensemble des 10 provinces du Cameroun et s'est déroulée aussi bien en milieu urbain que rural sur un échantillon de 12.000 ménages dont 10.992 ont effectivement été visités. L'enquête ECAM 3, réalisée au cours du quatrième trimestre de 2007, permet de mieux apprécier l'impact des projets et programmes relatifs à la mise en œuvre du DSRP dit de première génération (2003) sur les ménages. Comme ECAM 2, elle a couvert l'ensemble du territoire national et a porté sur 11.534 ménages.

La décomposition des postes de consommation en trois classes met en évidence l'ampleur des inégalités dans la satisfaction des besoins essentiels, ainsi que dans l'utilisation des services sociaux de base. La première classe comprend les biens de consommation de base dit services essentiels (l'alimentation, le logement, le transport, l'habillement, etc.). La deuxième, les biens de consommation de luxe qui rentrent dans la catégorie des services non essentiels (boissons, tabac, loisirs, équipements et mobiliers, café-restaurant, soins personnels, biens et services). Enfin, la troisième classe comprend l'accès aux autres services essentiels de base (éducation et santé).

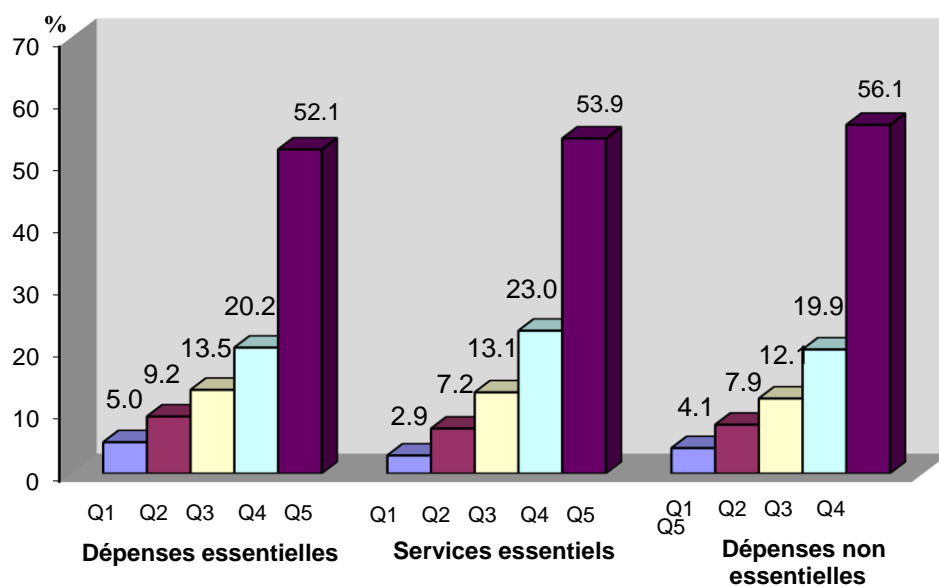
Quel que soit le type de dépenses considéré (essentiels, non essentiels ou services essentiels de base), les contributions des ménages du premier et du second quintiles sont très faibles (ne dépassant pas 10%). Celles du dernier quintile quant à elles varient en 2001 de 54,9% pour les dépenses non essentielles à 61% pour les dépenses essentielles. On peut cependant constater une hausse des contributions des quatre premiers quintiles aux dépenses essentielles¹¹³ (d'alimentation, d'habillement et, dans une moindre mesure, de logement). En revanche, leurs contributions aux services essentiels ont sensiblement diminué. Ces résultats traduisent une baisse de la capacité à accéder aux services. On

¹¹³ Les contributions des quatre premiers quintiles aux dépenses non essentielles sont quasi-stationnaires.

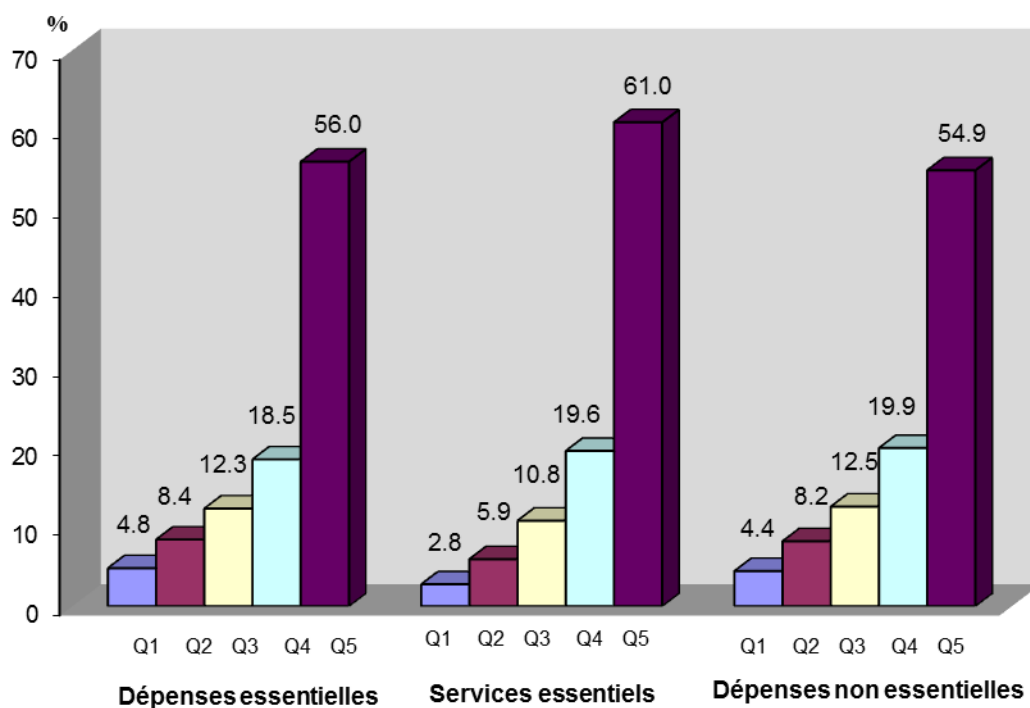
assiste en fait à une sorte de transposition des postes de dépenses des quatre premiers quintiles des services de base (principalement la santé et l'éducation) au profit de la consommation des biens essentiels.

Bien que globalement, la part de la population vivant en dessous du seuil de pauvreté a diminué entre 1996 et 2001. On constate cependant que la situation en matière d'accès aux services sociaux essentiels ne s'est véritablement pas améliorée. En 2001, les riches consacrent pour ces services un budget deux fois supérieur à celui des pauvres, laissant transparaître une hausse des disparités et une aggravation des privations et des vulnérabilités. Nous limitons notre analyse comparative (tableaux 6 à 9) sur les années 1996 et 2001 étant donné que la pauvreté est restée constante entre 2001 et 2007 (disparités), de même que l'indice de Gini (inégalités). Toute analyse secondaire sur les deux années conduirait aux résultats quasi-identiques. Aussi, précisons que l'ECAM 3 n'a pas calculé un certain nombre d'indicateurs comme la consommation moyenne d'énergie par équivalent-adulte par jour, rendant difficile toute comparaison de la structure des dépenses des ménages en 2007 avec celle des années antérieures (1996 et 2001).

Graphique 6. Structure de dépenses de consommation par quintile de bien-être (ECAM 1996)



Graphique 7. Structure de dépenses de consommation par quintile de bien-être (ECAM 2001)

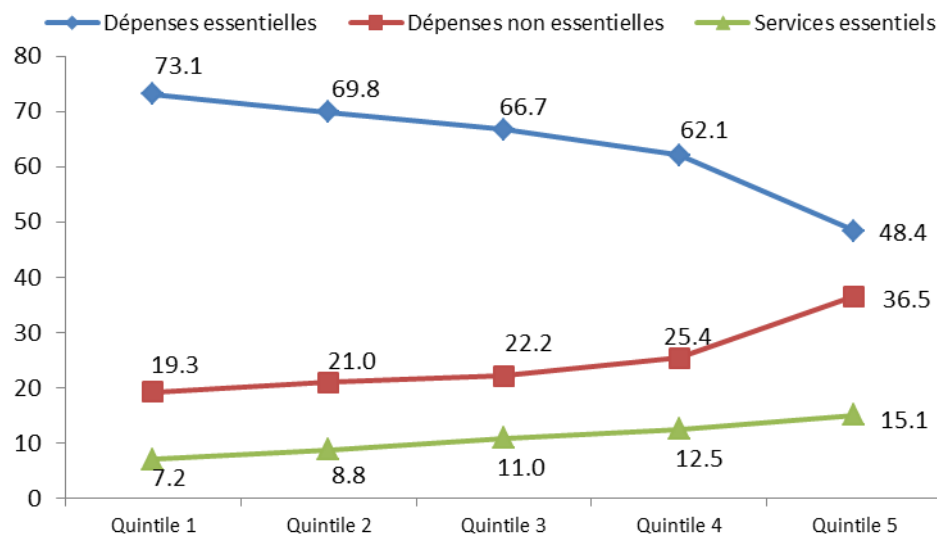


La structure des dépenses des ménages n'a pas sensiblement varié au cours de la période 1996-2001. La part consacrée aux dépenses essentielles décroît avec la hausse du revenu (plus de 73,6% en 2001 pour le premier quintile contre 48,4% pour le dernier). Partant de l'importance des contributions aux dépenses totales et des profils de consommation des ménages, on peut faire ressortir trois groupes. Le premier groupe comprend le premier et le deuxième quintile, avec une contribution ne dépassant guère 10% du volume des dépenses totales. Il est composé d'individus vivant dans les 40% de ménages les plus pauvres, dont la moitié se situe en état d'extrême pauvreté. Le deuxième groupe est composé du troisième et du quatrième quintile qui contribuent moyennement (avec des proportions entre 13% et 21%) aux dépenses totales. Enfin, le dernier groupe constitué par le cinquième quintile, qui concentre une grande partie des dépenses totales.

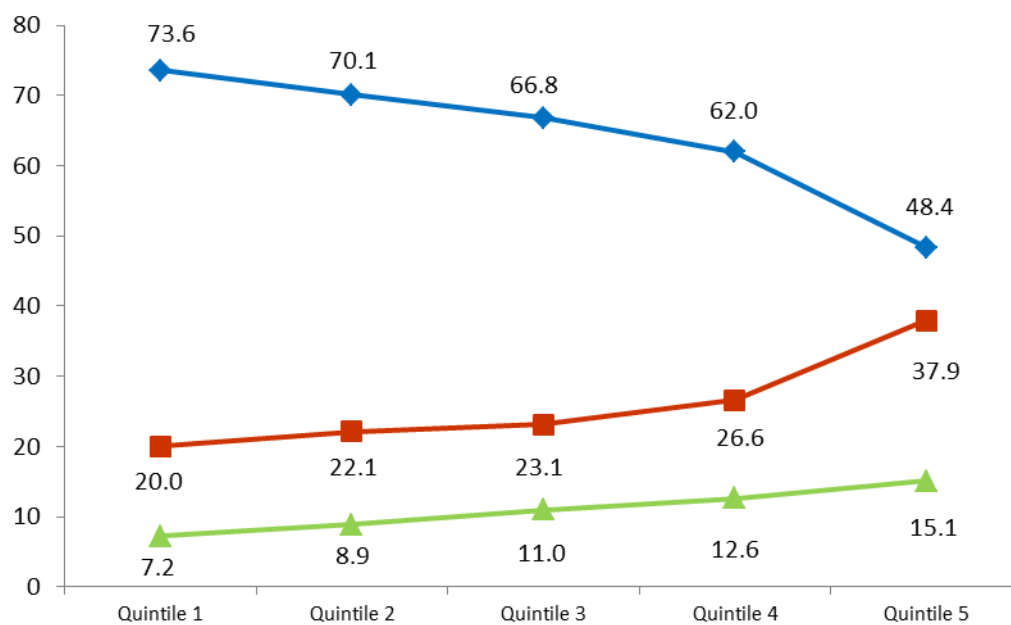
Le premier groupe, qualifié de « groupe des populations marginalisées », se distingue des deux autres par une très faible satisfaction des besoins essentiels. Les ménages consacrent la plus grande partie de leur budget (près de 75%) aux dépenses essentielles notamment à l'alimentation et au logement. Toutefois, leur contribution aux dépenses totales des ménages est très faible (15% contre 50% pour le dernier groupe). Ces ménages manquent cruellement de moyens pour accéder aux services essentiels ; ils ne dépensent que très peu (à peine 8%) pour la santé et l'éducation.

Les individus du deuxième groupe vivent dans des ménages ayant un niveau de vie intermédiaire. Ils disposent de ressources suffisantes pour assurer l'ensemble de leurs besoins essentiels, y compris l'accès aux services essentiels de base comme l'éducation et la santé. Avec une proportion de 43,3% de l'échantillon, ce groupe peut être qualifié de « groupe des populations intermédiaires ». Enfin, le dernier groupe, formé « des populations privilégiées », compte pour 29,4% et vit dans les ménages du dernier quintile. Ils disposent d'une capacité financière suffisante pour satisfaire tant leurs besoins essentiels que non essentiels. De plus, la part des dépenses consacrées aux dépenses non essentielles (37,9% en 2001) est suffisamment élevée pour limiter les risques en cas de détérioration de la situation dans le futur.

Graphique 8. Structure des dépenses des ménages par quintile (ECAM 1996)



Graphique 9. Structure des dépenses des ménages par quintile (ECAM 2001)



L'effet de la pauvreté monétaire s'est donc fait sentir de la même façon entre 1996 et 2001. Malgré une baisse de la proportion de la population vivant sous le seuil de la pauvreté, l'examen des contributions aux dépenses totales (volume des dépenses des ménages dans chaque quintile par rapport aux dépenses totales des ménages) permet de mesurer de manière assez fine les inégalités au sein de la population en matière de répartition du revenu et donc de satisfaction des besoins sociaux de base. Il ne permet cependant pas, du moins au nom des théories de la justice économique, d'apprécier la complexité des rapports sociaux à l'aune du principe d'égalité¹¹⁴ et dans une perspective libérale redistributive. Pourtant, les règles, les valeurs et représentations qui influencent les dimensions cognitives et sociales des comportements économiques, de même que les évolutions démographiques et familiales, agissent grandement sur les dynamiques de construction et d'évolution des systèmes sociaux et de solidarité (traditionnelle ou nationale). C'est pourquoi le critère central de l'évaluation des réformes reste celui de leur légitimité, qui implique systématiquement des jugements et interrogations relatives à la justice sociale.

Précisons cependant que la notion de *classes sociales* s'est positionnée depuis le XVIII^{ème} siècle comme porte d'entrée pour comprendre les déséquilibres engendrés par l'accumulation des richesses d'un côté, et la formation de la populace de l'autre. Elle fait donc référence aux inégalités sociales et démarque deux théories sociologiques qui relèvent à leur tour de deux types distincts d'inégalités : celle qui découle des travaux de Karl MARX, portée sur le mode de production capitaliste qui place les moyens de production et la force de travail au centre de toute répartition sociologique de la population¹¹⁵, et celle de Max WEBER qui remet en question la pensée marxiste, classe et ordonne les groupes selon des critères socialement établis (revenu, instruction, pouvoir, prestige professionnel).

¹¹⁴ La notion d'égalité ne se limite pas à l'*égalité libérale* (égalité devant la loi), mais s'entend plutôt comme une *égalité sociale*, c'est-à-dire une certaine égalité des conditions.

¹¹⁵ Les marxistes reconnaissent trois classes principales : la *petite bourgeoisie*, dont les membres possèdent des moyens de production, travaillent à leur compte et n'ont pas d'employés; le *prolétariat* ou *classe ouvrière*, dont les membres ne détiennent aucun moyen de production et échangent leur force de travail contre un salaire; et la *bourgeoisie* ou *classe capitaliste*, regroupant les détenteurs des moyens de production, qui achètent la force de travail, vivent bien et s'enrichissent grâce à la plus-value provenant du travail des ouvriers.

Les travaux qui ont suivi l'émergence du keynésianisme, notamment ceux de DOMAR [1957]¹¹⁶ et HARROD [1937]¹¹⁷, mettent en exergue la notion de croissance équilibrée en essayant de rendre compte des conditions et caractéristiques essentielles de l'équilibre dans une économie capitaliste en croissance. Theodore SCHULTZ [1975]¹¹⁸ et Gary BECKER [1964]¹¹⁹, deux économistes de l'Ecole de Chicago, ont quant à eux mis en évidence la notion de *capital humain* en se fondant sur l'éducation qui confère des capacités dont la finalité serait en toute vraisemblance l'efficacité productive. CARRE *et al.* [1973]¹²⁰ ont confirmé à partir de la croissance française de 1951–1973 le fait que les progrès techniques (mesurés par la croissance du PIB)¹²¹ stimulent la *demande* (création de nouveaux biens et besoins) et l'*offre* (amélioration de la productivité des équipements, meilleure organisation du travail) tout en modifiant l'utilisation des facteurs de production. Cette hypothèse a très rapidement remis en cause l'idée que l'on se faisait de la notion de pauvreté tout en recentrant celle du bien-être individuel. Si la santé ne peut se présenter comme un déterminant spécifique du développement, elle reste fortement assimilée au capital humain. Cette relation univoque établit le lien causal entre la réduction des inégalités socioéconomiques et l'amélioration de l'état de santé. La santé apparaît ainsi comme la « *conséquence du développement économique, l'augmentation des dépenses de santé pouvant aussi être interprétée comme l'une de ses conditions* » GADREAU [1983]¹²².

Les réformes contemporaines, sous l'influence des contraintes économiques, ont pourtant conduit les systèmes nationaux à revoir profondément leurs modes de financement, les

¹¹⁶ DOMAR E.D. (1957), *Essays in the Theory of Growth*. Londres : Greenwood Press, 272 p.

¹¹⁷ HARROD R.F. (1937), « Mr. Keynes and Traditional Theory », *Econometrica*, 5, 74-86.

¹¹⁸ SCHULTZ T. (1975), « The value of the ability to deal with disequilibria », *Journal of Economic Literature* 13 (3), 827-846.

¹¹⁹ BECKER G. S. (1964), *Human capital. A theoretical and empirical analysis, with special reference to education*, Chicago: University of Chicago Press, (2e éd.: 1975; 3ème: 1994), 412 p.

¹²⁰ CARRE J.J, DUBOIS P., MALINVAUD E. (1973), *Abrégé de la croissance française*, Editions Seuil, 'Points Economie'.

¹²¹ Le PIB est un indicateur de richesse reflétant une moyenne, il ne dit rien sur les inégalités, d'où la nécessité de lui adjoindre des indicateurs de répartition (20% les plus riches, 20% les plus pauvres),

¹²² GADREAU M. (1983), « L'inflation médicale : hasard ou nécessité? » *Schweiz Zeitschrift für Volkswirtschaft und Statistik*, 3, 279-305.

critères de la redistribution, et la définition des publics-cibles. Ces politiques d'inspiration keynésienne dites de relance économique, ont consisté pendant longtemps à mettre en place les mécanismes de régulation pour favoriser le plein emploi sans véritablement se soucier des aspects redistributifs. Au-delà de la légitimité, elles soulèvent également la question de la pertinence des mécanismes de réduction des inégalités et de la prise en compte de l'équité dans l'action publique où les débats entre *efficacité économique* et *justice sociale* ne sont pas tranchés.

1.3.2. L'effet de l'organisation du système sur l'évolution de la situation sanitaire et la persistance des inégalités de santé

La relation causale entre la pauvreté monétaire et de conditions (privations) et les niveaux élevés de mauvaise santé a été suffisamment documentée [GWATKIN *et al.*, 2000¹²³ ; WAGSTAFF, 2001¹²⁴ ; PARKER et PIER, 1999¹²⁵ ; SEN, 1997¹²⁶ ; NORTH *et al.*, 1993¹²⁷]. Elle nous renseigne que les inégalités d'état de santé et d'accès aux services correspondent de toute évidence aux résultats des contraintes et possibilités qui se présentent aux pauvres et aux riches plutôt qu'à une tendance chez les 2 groupes à opérer des choix différents. Cette hypothèse empiriquement validée dans la plupart des travaux recentre la question de l'organisation du système comme pilier central de la réduction des inégalités de santé.

L'existence de politiques publiques performantes assurant une bonne régulation dans la distribution des soins et l'allocation équitable des ressources sanitaires en tenant compte

¹²³ GWATKIN D., RUTSTEIN S., JOHNSON K., PANDE R., WAGSTAFF A.(2000), *Socioeconomic differences in health, nutrition and population*. Washington (DC): World Bank; Health, Nutrition and Population Discussion Paper.

¹²⁴ WAGSTAFF A. (2001), *Poverty and health*. Boston (MA): WHO Commission on Macroeconomics and Health; 2001.Working Group n°1, Working Paper n°5.

¹²⁵ PARKER S, PIER E. (1999), *Health systems inequalities and poverty in Latin America and the Caribbean*. Washington (DC), in GREENE E., ZEVALLOS J., SUAREZ R.(eds), Pan American Health Organization/World Bank, 1999.

¹²⁶ SEN B. (1997), *Health and poverty in the context of country development strategy: a case study on Bangladesh*. Geneva: World Health Organization; Macroeconomics and Health Development Series n°26. Unpublished document WHO/ICO/MESD.26.

¹²⁷ NORTH F., SYME S.L., FEENEY A., HEAD J., SHIPLEY M.J., MARMOT M.G. (1993), « Explaining socioeconomic differences in sickness absence: the Whitehall II study », *British Medical Journal*, 306, 361-6.

des différents niveaux géographiques et socioéconomiques agirait fortement sur les indicateurs de santé [BRUNAT et FARGEON, 2010¹²⁸ ; STARFIELD, 2001¹²⁹]. Les zones caractérisées par un défaut excessif d'offre de services de base ont généralement des performances moins bonnes concernant la quasi-totalité des aspects liés à la santé [STARFIELD *et al.*, 2005]¹³⁰. Dans la même logique, les personnes ayant de très faibles revenus sont généralement celles qui présentent un état de santé fortement dégradé [SHI, 1994]¹³¹.

Les caractéristiques structurelles renvoient tout d'abord à l'existence des politiques nationales spécifiques favorisant l'équité dans la distribution de ces services, et dans le modèle de financement des soins. MACINKO *et al.* [2003]¹³² soutiennent qu'une organisation pertinente en matière d'offre de soins devra comporter des caractéristiques essentielles comme la qualité des soins délivrés et l'équité dans la distribution de ces soins. L'accessibilité financière se positionne dans ce sens comme l'une des principales barrières dans un système qui se dit à la fois efficace et équitable. Comme le révèle BERTHELEMY [2008]¹³³ rien ne garantit l'existence d'un lien entre les dépenses de santé et l'accès ou l'utilisation des services par les populations si ces dépenses ne sont pas équitables.

Ceci nous permet de nous départir du risque d'enfermement qui consiste à lier mécaniquement les dépenses publiques de santé à l'amélioration des conditions de santé en masquant deux problématiques potentielles : (i) la première est que le lien supposé

¹²⁸ BRUNAT M., FARGEON V. (2010), « Disparités de recours aux soins de première intention des bénéficiaires de la CMU-C : un effet de l'organisation des services de santé ? », *Regards*, 152-168.

¹²⁹ STARFIELD B. (2001), « Improving equity in health: a research agenda », *International Journal of Health Services*, 31 (3), 545-566.

¹³⁰ STARFIELD B., SHI L., MACINKO J. (2005), « Contribution of primary care to health systems and health », *The Milbank Quarterly*, 83 (3), 457-502.

¹³¹ SHI L. (1994), « Primary Care, Specialty Care, and Life Chances », *International Journal of Health Services*, 24, 431-458.

¹³² MACINKO J., STARFIELD B., SHI L. (2003), « The contribution of primary care systems to health outcomes in OECD countries, 1970-1998 », *Health Services Research*, 38 (3), 819-854.

¹³³ BERTHELEMY J.C. (2008), « Les relations entre santé, développement et réduction de la pauvreté », *Comptes Rendus de l'Académie des Sciences, section Biologies*, 331, 903-918.

entre les dépenses de santé et l'état de santé d'une population est en réalité discutable, dans la mesure où les efforts dans la mise en œuvre des politiques de santé sont davantage portés sur l'efficacité des services au prix de nouvelles inégalités ; (ii) la seconde renvoie au fait qu'il y ait un risque de perte de vue de l'objectif initial de réduction de la pauvreté sanitaire en s'intéressant aux performances moyennes en matière de santé (indicateurs globaux) sans se préoccuper de la distribution de l'accès à ces services.

La crise économique qui a sévèrement frappé le pays sur la décade 1985-1995 avait contraint l'État à redéfinir ses priorités en matière de développement et à renoncer à plusieurs de ses missions régaliennes avec, dans le secteur de la santé : (i) l'arrêt des activités de développement infrastructurel et d'acquisition d'équipements par les formations sanitaires ; (ii) le gel de recrutement du personnel de l'État ; (iii) l'érosion salariale ayant porté un sérieux coup moral au personnel avec pour conséquence la forte concentration du personnel qualifié dans les grandes métropoles, notamment Douala et Yaoundé ; (iv) la surpolitisation du secteur et sa forte pollution par les pratiques de corruption¹³⁴ ; (v) le recours prononcé aux soins et aux médicaments de contrebande et/ou traditionnels ; (vi) la montée des « faiseurs de miracles » et des tradi-praticiens aux « compétences illimitées » ; (vii) la crise de confiance entre les prestataires de soins et la population, dictée par la persistance des barrières économiques, socioculturelles et géographiques, etc.

Cette dégradation intervient de manière concomitante avec l'apparition de nouveaux défis qui interpellent le secteur : (i) la forte prolifération de l'infection à VIH/SIDA qui touche surtout la tranche active de la population ; (ii) la recrudescence de la tuberculose qui accompagne généralement le VIH/SIDA ; (iii) la persistance du paludisme qui compte actuellement pour 40 à 50% des consultations et 28% des hospitalisations ; (iv) la faiblesse de la couverture en soins obstétricaux et néonataux d'urgence marquée par la hausse de la mortalité maternelle et néonatale, etc. Tout ceci se greffe à la malnutrition qui continue à sévir de manière endémique, touchant principalement les parties du pays dont l'environnement demeure austère au développement agropastoral.

¹³⁴ Ce constat a conduit à la circulaire n°D36-55/LC/MSP/SG/DAJC du 28 octobre 2005 sur la lutte contre les pratiques de corruption au sein des formations sanitaires. Cette circulaire a été suivie de l'opération « Hôpital sans Corruption » lancée le 28 octobre 2005 par le Ministre de la Santé Publique.

1.3.2.1. Le couple mère-enfant et la morbi-mortalité¹³⁵

Les résultats de l'EDS (2004) révèlent que la malnutrition protéino-énergétique (qui induit un risque augmenté d'apparition d'effets défavorables chez l'enfant [mortalité et morbidité accrues, développement psychomoteur retardé, etc.]) touche 31,7% d'enfants d'âge préscolaire, les régions du Nord et de l'Extrême-Nord présentant les taux les plus élevés de 44,4% et 36,9% respectivement. L'insuffisance pondérale qui renseigne sur l'état nutritionnel global touche 18,1% d'enfants alors que le taux d'émaciation (maigreur) est de 5%. Cette malnutrition augmente régulièrement d'année en année et affecte surtout la santé des enfants de moins de 5 ans et des femmes.

Selon l'EDS de 1998¹³⁶, la proportion d'enfants souffrant de malnutrition chronique a presque doublé pour ceux de moins de 6 mois entre 1991 (3,2%) et 1998 (5,5%), car l'allaitement maternel, bien que répandu, n'est pas pratiquée de façon optimale. Elle a augmenté de près de 50% chez les enfants de 6 à 23 mois, variant de 32% à 44% sur les deux années chez les enfants de 12 à 23 mois du fait que les aliments solides, introduits trop tôt sont souvent inadéquats. En 1998, 29% d'enfants de moins de 3 ans souffraient de malnutrition chronique, 11% de malnutrition sévère, 6% de malnutrition aiguë et 22% d'insuffisance pondérale [EDS, 1998]¹³⁷.

Entre 1991 et 1998, les taux de mortalité infantile et néonatale ont augmenté (respectivement de 77 et 37,2 pour mille en 1998, contre 65 et 31,1 pour mille en 1991). Cette mortalité infanto-juvénile (qui est passé de 144 pour mille en 2004 à 133 pour mille dix années plus tôt) est nettement plus faible en milieu urbain (68 pour mille) qu'en milieu rural (91 pour mille). Entre les régions, le niveau varie du simple au double, d'un

¹³⁵ Le taux de morbidité générale se définit par la proportion des individus ayant souffert d'une maladie quelconque au cours d'une période de référence donnée. La période de référence généralement fixée est deux semaines. Les principaux indicateurs de mesure de morbidité se rapportent soit à la fréquence des maladies, soit à leur durée, soit à leur gravité. Ces indicateurs peuvent être calculés pour une maladie spécifique ou pour l'ensemble des maladies.

¹³⁶ ENQUÊTE DÉMOGRAPHIQUE ET DE SANTE - EDS. (1998), Bureau Central de Recensements et des Études de Population – Cameroun, ORC Macro International.

¹³⁷ Il existe des indices combinant les données relatives à l'âge, au poids, et à la taille qui se définissent comme : rapport taille en fonction de l'âge, rapport poids en fonction de la taille, rapport poids en fonction de l'âge et qui permettent de suivre l'évolution de la situation nutritionnelle au sein d'une population considérée à risque.

minimum de 58 pour mille au Nord-Ouest à un maximum de 111 pour mille à l'Est. La mortalité infantile reste encore élevée (142 pour mille) avec des proportions qui se répartissent de manière très inégale entre les différentes régions. Les régions de l'Extrême-Nord, du Nord et de l'Est se démarquent considérablement avec respectivement les taux de 186, 205 et 187 pour mille [EDS, 2004].

La chute du taux de couverture vaccinale a persisté jusqu'en 2001, date où elle a commencé à être enrayée. Par contre, la mortalité maternelle s'est maintenue en constante augmentation, estimée à 630 pour 100 000 naissances vivantes en dehors des données récentes. Plus de 86% d'enfants âgés de 12-23 mois reçoivent leurs antigènes vaccinaux BCG, 65% les 3 doses de DTCoq (actuellement complétées en DTCoq-Hib), 67% celles de la Polio et 65% les antigènes dirigés contre la rougeole. Au total, près de la moitié des enfants ont reçu les trois vaccins du PEV (hors fièvre jaune).

Concernant les consultations prénatales, en 2004, 83,3% de femmes enceintes (59% à l'Extrême-Nord, 65% au Nord et 73% dans l'Adamaoua) seulement ont eu droit à un suivi médical au cours de la grossesse. Il faut dire qu'au décours des CPN, le bénéfice tiré par celles-ci n'est pas uniquement l'évaluation de la grossesse et l'estimation des risques éventuels ; c'est également à ce moment que les femmes reçoivent les vaccins appropriés pour leur protection et celle des enfants, ainsi que le fer/folate pour la prévention de l'anémie. La moyenne des femmes qui accouchent avec l'assistance d'un agent de santé est de 62%. Ici encore, les taux les plus bas sont observés dans les régions septentrionales : 25,5% à l'Extrême-Nord, 22,3% au Nord, 31,7% dans l'Adamaoua et 47,7% à l'Est. La proportion ayant accouché dans un service de santé est encore plus faible (59% en moyenne nationale). Beaucoup de femmes continuent donc à accoucher à domicile en l'absence d'un personnel sanitaire qualifié, s'exposant à une gestion aléatoire d'éventuelles complications obstétricales au cours et au décours de l'accouchement.

L'enquête nationale de 2000 sur la carence en vitamine A et l'anémie a montré que le pourcentage de la population cible souffrant d'anémie était de 57,5% chez les enfants âgés de 1 à 5 ans, 53,5% chez les femmes enceintes, 27,3% chez les femmes de 15 à 45 ans et seulement 8,4% chez les hommes. L'ensemble du pays est donc à risque de carence en

vitamine A. L'introduction de la distribution de la vitamine A dans le PEV de routine devenait une nécessité absolue, même si elle n'a démarré que timidement.

En ce qui concerne l'infection à VIH, les femmes sont plus touchées (6,8%) que les hommes (4,1%). Les régions du Sud-Ouest (8,0%), du Nord-Ouest (8,7%) et de l'Est (8,6%) sont celles qui battent le triste record de la prévalence la plus élevée. A l'opposé, le Nord (1,7%) et l'Extrême-Nord (2,0%) sont celles où les niveaux de prévalence sont les plus faibles [EDS, 2004]. Il s'en dégage un ratio d'infection entre hommes et femmes de 1,7 ; ce qui revient à dire que pour 100 hommes infectés, il y a 170 femmes qui le sont, et dénote de la très grande vulnérabilité des femmes par rapport aux hommes. Alors que la prévalence est de 12% chez les femmes enceintes, la transmission du virus de la mère à l'enfant est restée élevée en raison du fait que la prévention de la transmission mère-enfant du VIH (PTME) n'est pratiquée que dans 20% à peine des formations sanitaires.

L'utilisation de la moustiquaire qui reste le moyen le plus efficace de lutte contre le paludisme n'est pas une pratique suffisamment répandue au niveau des ménages. Un ménage seulement sur cinq (20%) dispose d'au moins une moustiquaire. C'est à Yaoundé/Douala, zones d'hyper-endémicité par excellence, qu'un tiers des ménages possèdent une moustiquaire (31%), contre moins d'un cinquième (17%) en milieu rural. Seulement 12% d'enfants de moins de 5 ans et de femmes enceintes, groupes les plus à risque du fait de leur fragilité immunitaire, l'utilisent.

Tableau 4. Évolution des principaux indicateurs de survie entre 1991 et 2004

Indicateurs de santé et de nutrition	1991	1998	2004
Indice Synthétique de Fécondité	5,8	5,2	5,0
Taux de mortalité néonatale (pour 1000)	31,1	37,2	29,0
Taux de mortalité infantile (pour 1000)	65	77	74
Taux de malnutrition chronique (%)	23	29	31
Taux d'insuffisance pondérale (%)	16	22	18
Taux de mortalité maternelle (pour 100 000 naissances vivantes.)	430	430	626
Taux d'accouchements assistés (%)	63,8	58,2	59,0
Couverture vaccinale (DTC3 en%)	48,0	50,5	65,4
Taux de consultations prénatales (%)	77,8	78,8	83,3
Taux d'utilisation des contraceptifs modernes (%)	4,2	7,1	12,5
Taux de prévalence du VIH/SIDA (%)	-	-	5,5

Sources : EDS1, EDS 2 et EDS 3.

1.3.2.2. La situation sanitaire générale et la vulnérabilité des pauvres par rapport aux plus aisés

En matière de lutte contre la faim, la norme internationale sur la consommation énergétique en calories fixe à 2.400 le seuil minimum de la consommation journalière pour couvrir les besoins en nutriments d'un adulte. Les données de l'ECAM 2 (2001) sur l'état nutritionnel des populations urbaines montrent que la consommation moyenne d'énergie par équivalent-adulte s'élève à 3.264,2 calories par jour, soit nettement au-dessus de la norme. Ce résultat est néanmoins trompeur car il masque de profondes disparités suivant les caractéristiques socioéconomiques, le milieu de résidence et les régions. En effet, un peu moins de la moitié des ménages urbains (45%) n'arrive pas à couvrir leurs besoins énergétiques.

Cette insécurité alimentaire est plus accentuée à Yaoundé que dans les autres villes. Elle est flagrante chez les pauvres (1^{er} quintile), où 92,1% de la population se trouvent dans une situation d'insécurité alimentaire chronique, se situe à 59,3% pour les ménages à revenu intermédiaire (3^{ème} quintile) et à 22,4% pour les ménages aisés (5^{ème} quintile). Si l'on s'intéresse maintenant aux contributions relatives à l'insécurité alimentaire, on voit que les pauvres, qui représentent 15,4% des ménages urbains, contribuent à plus de 31,8% à l'insécurité alimentaire alors que les ménages aisés, qui représentent 52,8% de l'ensemble des ménages, ne contribuent qu'à 26,3%.

Concernant la capacité de la population à recourir aux soins, le délabrement du tissu économique a considérablement modifié la demande. D'une part, l'appauvrissement ambiant qui en est résulté a entraîné une baisse de la capacité financière des ménages à recourir aux soins modernes et, d'autre part, la baisse du budget de l'État consacré à la santé a entraîné une substitution du financement de ce secteur au détriment de la demande publique. Ainsi, la dépense totale de santé en 95/96 était de 250 milliards de Fcfa dont 72% financé par les ménages contre seulement 22% par l'État.

Parallèlement, la part des dépenses de santé dans le budget des ménages est passée de 4% en 1984 à 6% en 1996 [NTANGSI, 1998¹³⁸ ; LELOUP et BALMES¹³⁹]. Ces éléments se sont nécessairement répercutés sur le niveau des dépenses de santé et surtout sur les formes d'accès aux soins [SAMBA, 2004]^{140,141}. Les dépenses de santé par habitant durant la période 1995 à 2006 n'ont pas évolué avec la richesse du pays (12.775 F CFA par habitant et par an en 2007) où on enregistrait 6,3% du budget national affecté à la santé contre 6% en 1996. Elles sont allées décroissantes jusqu'en 2002 avant de croître à partir de 2003. La maîtrise des déterminants de recours aux soins, de la demande exprimée en termes de

¹³⁸ NTANGSI J. (1998), *An analysis of Health Sector Expenditures in Cameroon Using a National Health Accounts Framework*, World Bank Resident Mission: Yaoundé, p. 22.

¹³⁹ LELOUP M., BALMES J.C. (1999), *Les secteurs Santé et Éducation au Cameroun*. Agence Française de Développement, Service des projets sociaux : Yaoundé, p. 13.

¹⁴⁰ Une étude de l'OMS a révélé que dans certains pays en développement, les décès dus au paludisme avaient triplé dans les quatre premières années suivant les réformes (PAS), en partie à cause de l'effondrement des services de soins curatifs et de l'envolée des prix des antipaludiques.

¹⁴¹ SAMBA M.E. (2004), *Systèmes de santé en Afrique, Qu'est ce qui s'est détraqué ?* Communication personnelle du Directeur régional de l'OMS pour l'Afrique, 2004.

nature de services de santé attendus, de leur capacité contributive, combinée à une connaissance fine de l'organisation du système de santé par type d'offre pourra permettre de déterminer des stratégies alternatives d'organisation et de financement du système afin de concilier l'offre et la demande de santé.

Les principaux facteurs qui expliquent le déséquilibre entre l'offre et la demande de santé peuvent être : (i) la pauvreté généralisée de la population et le manque d'argent pour payer les frais de soins et des médicaments ; (ii) l'absence de prise en charge des frais des soins du fait de la quasi-inexistence des mécanismes de prévoyance en matière de santé (mutualisation du risque maladie, assurance maladie réservée pour les plus aisés); (iii) le manque de motivation des personnels de santé et les pratiques généralisées de corruption, notamment du fait qu'ils ne soient pas bien payés, problème qui se répercute sur la qualité de l'accueil et des prestations de services ; (iv) le manque de clarté dans la prise en charge des indigents conduisant au rejet mutuel des responsabilités entre les différents ministères techniques en charge de la question ; (v) l'insuffisance d'infrastructures et d'équipements sanitaires dans les centres de santé, surtout en milieu rural ; (vi) l'insuffisance en quantité et en qualité des personnels de santé surtout dans les zones éloignées des 2 grandes métropoles ; (vii) le déficit organisationnel des services de santé, le manque d'informations et la quasi-inexistence de structure chargée du développement d'activités d'IEC (Information, Éducation et Communication).

En marge de ces principaux facteurs, on peut également relever l'atomisation de la demande de services et le déficit organisationnel des structures supposées défendre les populations vulnérables et indigentes (ONG et associations). Or, dans une organisation sociale de type démocratique comme celle adoptée par le Cameroun, on retrouve deux caractéristiques essentielles quant à l'obligation des responsables politiques : (i) l'obligation de rendre compte de leur gestion auprès des populations qu'ils représentent ; (ii) l'existence de mécanismes à travers lesquels les groupes sociaux peuvent manifester pacifiquement contre les injustices sociales (par exemple à travers les manifestations et plaidoyers publics). Le DSRP [2006] précise que :

« Le dysfonctionnement social, caractérisé notamment par l'exclusion sociale de certaines catégories, le manque de considération à leur égard, les inégalités et les

difficultés d'intégration sociale de ces groupes vulnérables, constitue une autre manifestation de la pauvreté et des injustices sociales ».

CONCLUSION DU CHAPITRE 1

Ce chapitre préliminaire nous a permis de jeter les bases contextuelles et historiques des analyses qui vont suivre, et d'assurer une meilleure compréhension des enjeux politico-économiques et institutionnels de l'évolution du système de santé au Cameroun. Elles permettent de confirmer que la relation entre la croissance économique et la réduction des inégalités sociales en santé n'est pas des plus simples à mettre en évidence dans la mesure où sa compréhension appelle à une bonne maîtrise des enjeux macroéconomiques et des antagonismes qui dérivent des représentations sociales de la santé, d'une part et, que les configurations prises par le système de santé sont une réaction institutionnelle à la triple influence des facteurs structurels, conjoncturels et de l'arbitrage fait entre le référentiel de justice et le référentiel marchand, d'autre part.

La lecture des politiques publiques de santé à travers les mécanismes d'allégement de la dette (PPTE, C2D, etc.) et l'hégémonie des politiques économiques visant essentiellement l'assainissement monétaire et financier vont grandement peser sur les cadres normatifs formulés par l'édiction internationale à travers les grands principes définis à l'échelle supranationale (Déclaration d'Alma-Ata – 1979 et Initiative de Bamako, 1987). Cette conjonction de facteurs a positionné les politiques publiques de santé dans un rapport asymétrique avec les politiques économiques et la déviation qui s'en est suivie a favorisé le passage d'une primauté donnée à l'équité égalitariste (équité) à une primauté donnée à l'efficacité économique (efficacité), hypothéquant les chances de réduction des inégalités en santé. Or, si on considère que les politiques de santé constituent une courroie de transmission privilégiée entre la croissance et le développement humain, ces deux modèles bipolaires de politique de santé (efficacité et équité) méritent d'être analysés de façon plus approfondie du point de vue de la philosophie sociale qui les fonde.

Quelles sont les raisons qui peuvent expliquer le maintien d'une distorsion entre une volonté affichée des décideurs publics, tant nationaux qu'étrangers, d'appliquer un modèle de politique publique, et la quasi-absence de concrétisation dans sa construction et sa mise en œuvre ? Une telle distorsion peut-elle aboutir à un dédoublement progressif d'identité du système en perpétuelle contradiction entre ce qui est prôné et ce qui est réalisé ? Pourquoi le référentiel sectoriel de la santé s'est-il trouvé en décalage avec le changement de référentiel global jusque-là caractérisé par trois modèles de politiques économiques – croissance et stabilisation (1965-1985), ajustement structurel (1985-1995) et depuis 1995, les politiques de réduction de la pauvreté et de la relance – qui mettaient en avant l'amélioration des conditions de vie des populations et un plus grand accès aux services sociaux de base pour les couches défavorisées ?

MULLER affirme qu'un changement de référentiel (global) ne doit certainement pas expliquer, en lui-même, un changement de politique, mais que le changement de matrice cognitive exprime ce changement : « *l'émergence d'un nouveau cadre cognitif et normatif (constitué de nouvelles valeurs/injonctions normatives, de nouveaux algorithmes) constitue l'indice d'une transformation de la politique et l'analyse de ce référentiel permet de questionner l'articulation entre le changement de la politique étudiée et un changement plus global* »¹⁴². Ces carences sont abordées dans notre travail à travers le différentiel entre l'équité dans l'accès aux soins et l'efficacité dans la distribution des services, tout en explorant la responsabilité du modèle d'État social dans l'accentuation de ces inégalités.

Devant une situation du secteur de la santé soutenue par des structures verticales et standardisées, la défense d'une liberté individuelle inconditionnelle dans la réalisation du droit à la santé devient difficile à saisir face à la persistance des inégalités. L'analyse économique de la santé au Cameroun se révèle riche d'enseignements dans la mesure où elle permet de constater que la croissance ne profite pas aux pauvres, et n'a pas contribué à réduire les inégalités face à la santé. De 1961 à 1986, six plans quinquennaux ont été mis en œuvre avec des résultats très variables car, l'accent a été davantage mis sur le développement des infrastructures de base avec des objectifs sociaux portés sur la

¹⁴² MULLER P. (1995), « Les politiques publiques comme construction d'un rapport aux politiques publiques », *Revue française de science politique*, 2 (42), 219-234.

densification de l'offre dans plusieurs secteurs sociaux dont la santé. L'abandon des plans quinquennaux au profit des PAS a entraîné de fait la disparition du cadre global de programmation des investissements de l'Etat. Ces nouvelles orientations (politiques dites d'ajustement structurel mises en place de 1986 à 1995), essentiellement de court terme, furent fortement préjudiciables au développement social malgré les tentatives de *facilitation*, en ce sens que ces politiques visaient essentiellement la baisse des dépenses publiques dans le secteur social, mettant en mal les objectifs de redistribution portés par les premières. Les politiques de relance et de réduction de la pauvreté lancées ces dernières années (depuis 1995) apparaissent comme un moyen de pallier cette carence en augmentant l'offre et en stimulant la demande à travers un cadre politique d'intervention dans le secteur social en prenant profit des transformations profondes du système de protection sociale.

Le recours à une approche compréhensive par le biais d'analyses quantitatives et qualitatives permettrait de mieux qualifier ces inégalités et de comprendre le jeu d'acteurs qui s'est exprimé au cours de l'élaboration et de la mise en œuvre des politiques publiques de santé. En revanche, même si ces analyses renseignent sur les inégalités, aborder les questions distributives en matière de santé sous l'angle de l'équité permettrait de mieux saisir comment les réformes économiques agissent sur les politiques de santé à partir des effets qu'elles produisent sur l'ensemble de la société. Les questionnements auxquels nous tentons d'apporter des éléments de réponses se resserrent autour des trois questions fondamentales suivantes:

1. *Pourquoi* (déclencheurs) et *comment* (dynamique) les politiques publiques de santé sont-elles influencées et/ou transformées dans leur construction et leur mise en œuvre par les politiques économiques ?
2. Quels sont les *effets/impacts* du changement induit par le référentiel global (cadre macroéconomique) sur le référentiel sectoriel qui exige une distribution de l'accès aux services de santé plus équitable ?

3. Quels *enseignements* peut-on tirer de la connaissance des interrelations entre la dynamique de réduction de la pauvreté et l'inaccessibilité persistante dans l'accès aux soins de santé pour une amélioration de l'évaluation des politiques publiques ?

CHAPITRE 2

INFLUENCE DE L'ÉCONOMIQUE DANS L'ÉDITION ET LA MISE EN ŒUVRE DES POLITIQUES PUBLIQUES DE SANTÉ

INTRODUCTION DU CHAPITRE 2

L'analyse de la relation entre croissance économique et inégalités sociales a longtemps alimenté la littérature économique. Les travaux de John Neville KEYNES [1926¹⁴³ ; 1936¹⁴⁴], qui ont porté sur les relations entre les agrégats économiques, l'emploi et la redistribution des revenus ont constitué un point de départ dans l'analyse macroéconomique moderne. En se concentrant sur les déterminants de la production et de l'emploi à court terme, il a bouleversé la pensée économique qui soutenait qu'une affectation des ressources concourrait automatiquement à la réalisation du plein emploi et conclu que le système économique ne s'autorégule pas. Il en appelle à l'interventionnisme étatique pour mener des politiques de redistribution des revenus (afin de favoriser la

¹⁴³ KEYNES J. N. (1926), *The End of Laissez-faire*, in *Collected Writings of John Maynard Keynes*, Cambridge : McMillan, 9, 272-294.

¹⁴⁴ KEYNES J. N. (1936), *The general theory of employment, interest and money*, London, Macmillan.

consommation), et des politiques économiques conjoncturelles de soutien à l'investissement.

L'étatisation de l'économie qui en résulte et qui sera formalisée dès 1937 par John HICKS¹⁴⁵ et Roy HARROD¹⁴⁶ va inspirer l'ensemble des politiques économiques des pays occidentaux pendant les trente glorieuses jusqu'à ce que la crise des années 1970 vienne résister aux prescriptions keynésiennes qui butent sur l'internationalisation des échanges, l'endettement des Etats et l'inflation rampante. Cette remise en cause de l'analyse keynésienne a davantage orienté les théoriciens vers la recherche des ressorts plus opérationnels en mobilisant sa dimension concrète de manière à reconstituer une base théorique de la thèse développementaliste. Dès le début des années 1980, on assiste à l'avènement des politiques dites libérales tout en cherchant un compromis sur la nature de l'intervention publique [KHAN, 1984¹⁴⁷ ; TOBIN, 1980¹⁴⁸]. Cinq secteurs se dégagent formellement dans le système économique moderne : le gouvernement, les entreprises, les ménages, les banques privées et la banque centrale.

Très rapidement, le capital humain et sa contribution collective dans la production économique vont s'imposer au cœur des apports des modèles de croissance endogène à la macroéconomie. Le progrès technique, davantage expliqué par le comportement de consommation et d'épargne des ménages y est endogène. Cette dynamique renouvelle la question de l'intervention publique dans la sphère économique en vue d'une redistribution optimale des externalités issues de la croissance. L'introduction d'externalités induit mécaniquement une dissociation entre l'équilibre obtenu et l'optimum parétien, l'Etat pouvant être conduit à intervenir pour corriger les effets des décisions individuelles et replacer l'économie sur une trajectoire de croissance optimale.

¹⁴⁵ HICKS J. (1937), « Mr Keynes and the Classics: A suggested interpretation », *Econometrica*, 5, 147-59.

¹⁴⁶ HARROD R.F. (1937), « Mr. Keynes and Traditional Theory », *Econometrica*, *op. cit.*

¹⁴⁷ KAHN R. (1984), « *The Making of Keynes's General Theory* ». Cambridge University Press.

¹⁴⁸ TOBIN J. (1980), « *Asset Accumulation and Economic Activity: Reflections on contemporary macroeconomic activity* ». Chicago: University of Chicago Press, UK.

L'édifice conceptuel qui sous-tend ces relations entre sphère économique et sphère sociale élaboré peu à peu au cours des dernières décennies va grandement influencer l'évolution des politiques sanitaires en Afrique dont la problématique du dimensionnement entre la conception égalitariste de la santé comme justice (« *santé pour tous* » autour d'un financement collectif et obligatoire) et la conception libérale de la justice (responsabilité financière de l'utilisateur) est encore loin d'être résolue. Elle atteste incontestablement une attention renouvelée, née de l'offensive des cadres interprétatifs économiques keynésiens, puis néo-libéraux défendus par les institutions de Bretton Woods, et amenant les politiques publiques déployées à construire leur légitimité sur la base d'arguments économiques qui constituent désormais un référentiel global que les pays soumis à réforme sont invités à adopter.

Cette approche appelle à interroger la capacité des Etats africains, notamment ceux au sud du Sahara qui ont posé à l'origine comme dogme de décolonisation la gratuité d'accès aux services publics, à définir des politiques économiques pragmatiques et cohérentes afin de mieux circonscrire le référentiel d'action qui va ensuite articuler une série de déclinaisons pour donner lieu à des politiques publiques sectorielles. Car, si le cadre macroéconomique est porteur de « recettes » dont les conséquences de leur traduction en cadres opérationnels peuvent être handicapantes pour le secteur considéré, il est nécessaire de prendre en compte le référentiel sectoriel qui comprend également des normes et des valeurs qui correspondent au contenu politique des schémas d'action [HALL, 1997]¹⁴⁹. En analysant l'effet des chocs exogènes sur l'orientation politique en matière de santé, nous mettons l'accent sur la vulnérabilité économique qui est fonction de l'ampleur de ces chocs. Nous postulons d'emblée que les instruments de l'action publique en matière de santé et les modes de délibération dans les processus de fabrication des politiques publiques au Cameroun ne répondent pas nécessairement à la demande sociale (portée par un référentiel d'accessibilité aux soins) dans la mesure où ils perdent leur capacité performative et mobilisatrice des idées propagées, conduisant à une certaine dissonance cognitive entre un modèle global de compréhension du monde (DAA, IB) et le mode d'intervention sectorielle.

¹⁴⁹ HALL P.A. (1997), « Le rôle des intérêts, des institutions et des idées dans l'économie politique comparée des pays industrialisés », *Revue Internationale de Politique Comparée*, 7 (1), 53-98.

Nous recentrons l'objectif de ce chapitre sur l'analyse de politique publique afin de comprendre comment les référentiels de justice et la question des inégalités d'une part et le référentiel d'efficacité-efficience d'autre part sont portés par des communautés épistémiques différentes qui ont des relais ou des médiateurs plus ou moins forts au Cameroun. Ces communautés épistémiques ont-elles réellement agi sur la mécanique productrice en portant un objectif cognitif pouvant conduire au traitement du problème public ?

Nous nous appuyons sur 3 hypothèses spécifiques (présentées à la section 2.1.2.2.) qui découlent de celles de l'« *ajustement par le haut* » et qui permettent de comprendre les raisons fondamentales de la perte du référentiel spécifique de l'accessibilité aux soins dans la construction et la mise en œuvre des politiques publiques de santé au Cameroun. Dans la première partie, nous posons le cadre théorique de référence tout en essayant d'ouvrir la « *boîte noire* » de l'élaboration des politiques publiques et de leur mise en œuvre, afin de comprendre les stratégies d'acteurs et en interpréter les « *ressorts explicatifs* » qui conduisent aux désajustements constatés. Centré sur l'explication de la construction de la SSS, nous essayons de mettre en relief la complexité des processus de l'action publique par un découpage en différentes variables de l'objet d'analyse. Dans la seconde partie, nous analysons les enjeux liés aux questions d'ordre méthodologique encore peu abordés sur l'évaluation des politiques publiques, avec des prolongements dans la compréhension des indicateurs synthétiques de santé qui feront l'objet de la suite de la thèse.

2.1. DESIGN DE RECHERCHE ET HYPOTHÈSES POUR UNE ANALYSE EMPIRIQUE DES CHANGEMENTS INSTITUTIONNELS EN MATIÈRE DE SANTÉ

L'approche cognitive des politiques publiques permet, en insistant sur le rôle des idées, des représentations ou des cadres cognitifs, de comprendre, du moins en partie, l'activation des coalitions d'acteurs dans l'éviction des solutions envisageables dans la fabrication et la mise à l'agenda des politiques publiques. Elle permet de placer au centre de la démonstration les représentations sociales qui sont elles-mêmes nourries d'un paradigme dominant : le *référentiel d'action publique*. Cette approche concourt à forger la notion de référentiel comme un cadre d'interprétation du monde qui impose une problématique pertinente en formatant les modèles d'action à partir des algorithmes qui proposent des hypothèses supposées vraies sur les mécanismes de l'intervention publique ou des images qui leur donnent du sens.

La notion de référentiel permet non seulement de s'accorder sur la façon de résoudre le problème mais aussi sur sa définition, permettant ainsi de diffuser une vision du monde légitimée qui associe un régime de « bonnes idées » à celui de « bonnes politiques » [MULLER, 1995]¹⁵⁰. Un approfondissement de l'analyse en ce qui concerne la question du changement implique donc très probablement d'intégrer les arrangements institutionnels, qu'ils soient formels ou informels, dans le processus politique. Ces arrangements se font à priori en référence au paradigme interprétatif qui affecte les politiques macroéconomiques nationales et qui induisent des transformations profondes de l'« *Etat social* ». Mais déjà, il importe de bien comprendre le contenu attribué au concept « politique publique » afin d'éviter tout cantonnement relatif à une vision réductrice qui pourrait l'emporter sur l'effort de transposition des concepts génériques déjà éprouvés.

¹⁵⁰ MULLER P. (1995), « Les politiques publiques comme construction d'un rapport au monde ». FAURE A., POLLET G., WARIN P. (dir.), *La construction du sens dans les politiques publiques - Débats autour de la notion de référentiel*. Paris: L'Harmattan, 153-179.

2.1.1. Politique publique et intervention (action) publique : essai de définition des notions aux contours non stabilisés

2.1.1.1. Opérationnalisation du concept « politique publique »

Trouver une définition univoque et complète du concept *politique publique* est un exercice peu aisé, compte tenu de son caractère pluridisciplinaire qui l'amène parfois à être appréhendé de diverses manières en fonction du contexte où il s'exprime : géographique, historique, socioculturel et disciplinaire. Cette notion, introduite dans le langage des sciences politiques et administratives européennes dans les années 70 comme traduction littérale du terme *public policy* [LASSWELL, 1942]¹⁵¹ a rapidement donné lieu à une multitude de définitions opérationnelles¹⁵².

La complexité qui entoure la définition et la structuration des politiques publiques trouve son explication dans le fait que ces dernières relèvent déjà d'un champ suffisamment vaste, conceptuellement et méthodologiquement instable dont les contours sont difficiles à circonscrire avec un certain degré de précision. Les politiques publiques se situent au confluent des dynamiques sociales, économiques, politiques, culturelles et historiques à partir desquelles elles empruntent leurs principales dimensions. Leur analyse relève par conséquent de domaines variés comme l'économie, la gestion, la sociologie politique, la science politique, etc. Les politiques publiques constituent de ce fait une matrice à plusieurs entrées, et visent des objectifs variés dont la finalité est l'*accomplissement de l'être social* [LASSWELL, 1942]¹⁵³.

¹⁵¹ C'est en 1942 que Harold LASSWELL conçoit la Science de la politique (*Policy science*) comme une discipline distincte de la Science politique (*Political science*), LASSWELL affirme vouloir dépasser l'étude du *politic* qu'il considère comme l'étude « *du gouvernement ou des associations qui essaient d'influencer le gouvernement* », et préfère celle de la *policy*, à savoir « *les décisions les plus importantes prises soit à l'échelon de la vie collective, soit à celui de la vie privée* ». Ce qui l'amène dès 1970 à conceptualiser son modèle de la communauté d'analyse rationnelle à l'occasion du tout premier numéro de la revue *Policy Science*.

¹⁵² Dès le début des années 1980, une quarantaine de définitions surgissent et renforcent l'imprécision de ses contours ; car ces définitions diffèrent d'un auteur à l'autre, d'un organisme à l'autre et d'un contexte géographique à l'autre [THOENIG, 1985].

¹⁵³ LASSWELL H. D. (1942), « The Relation of Ideological Intelligence to Public Policy », *Ethics*, 53 (1), 25-34.

Déjà, le concept « *politique* »¹⁵⁴ ne se laisse pas facilement cerner. Certains prescrivent à cet effet une définition minimale qui permet d'entrer dans le sujet sans trop en fixer les contours à l'avance, ce qui permettrait d'éviter l'enfermement ethnocentrique et d'atteindre un certain degré de généralité. Avant donc de se lancer dans un essai de définition du concept politique publique, il convient de distinguer les 3 sens qui peuvent être attribués au mot *politique* en s'appuyant sur la langue anglaise.

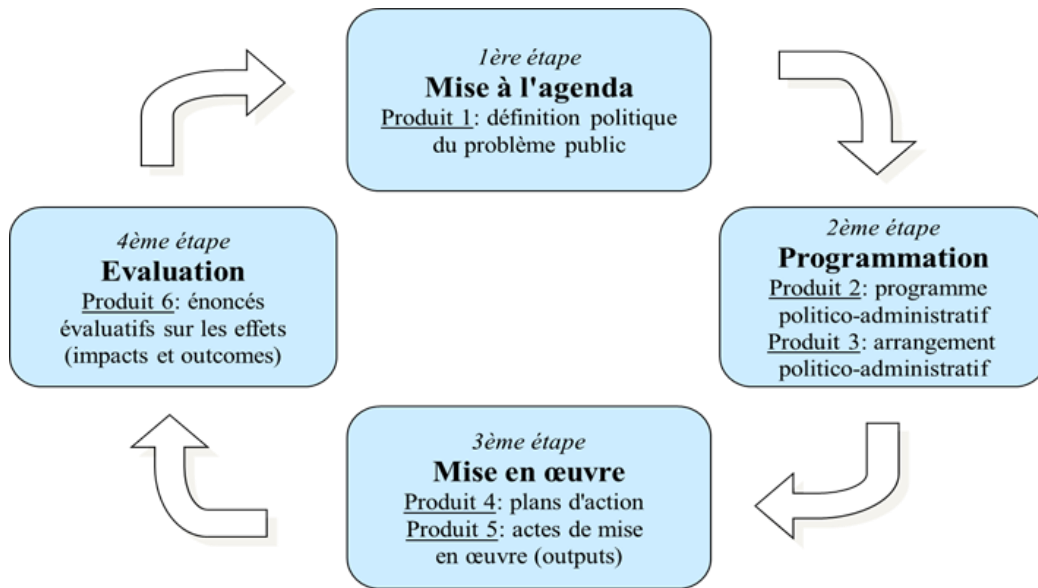
La notion de *politique* désigne à la fois : (i) la **sphère politique** qui renvoie à l'ensemble des acteurs et des institutions qui composent la cité (*polity*) ; (ii) l'**activité politique** qui représente les relations de pouvoirs entre acteurs pour le contrôle de la cité (*politic*), et (iii) l'**action publique** qui se rapporte à l'ensemble des interventions motivées et organisées de manière cohérente par des acteurs individuels ou collectifs (*policy*). Cette dernière définit donc les principales orientations d'une entité publique ou privée dans un domaine qui relève de la sphère publique. Elle trace le cadre général d'intervention dans lequel doivent s'inscrire toutes les actions à mener dans le secteur considéré.

La politique s'appuie sur les réalités nationales/locales et s'inspire des cadres de référence internationaux. Dans son *Traité de Science Politique*, Jean LECA [1986]¹⁵⁵ définit **la politique** comme « *l'ensemble des normes, mécanismes et institutions attribuant l'autorité, désignant les leaders, réglant les conflits qui menacent la cohésion de l'ensemble intérieur et organisant les relations avec l'extérieur (tout ceci avec plus ou moins de succès) ou encore l'instance où s'articulent depuis le début des rapports de commandement – obéissance (le droit) et de puissance – soumission (la force)* ». La politique publique peut s'illustrer à travers un cycle organisé autour de 4 grandes étapes allant de la mise à l'agenda à l'évaluation, comme le montre le graphique 10 ci-après.

¹⁵⁴ Politique dérive du grec *Polis* qui renvoi à la cité ; *Politeia* désigne l'art de gérer, d'administrer la cité, de vivre en société.

¹⁵⁵ LECA J. (1986), *Traite de science politique*, Paris, PUF, Tome 1, Introduction.

Graphique 10. Le cycle d'une politique publique



Source : adaptée de KNOEPFEL et al., 2001¹⁵⁶

a. La politique publique comme champ de problématisation de l'ordre politique et social

L'expression politique publique repose sur deux notions fondamentales : celle de l'Etat et celle de son programme d'action. ARON [1975]¹⁵⁷ lui accorde un sens qui renvoie à « *un programme, une méthode d'action ou l'action elle-même d'un individu ou d'un groupe concernant un problème ou la totalité des problèmes d'une collectivité* ». Dans un autre sens, la *politic* s'appliquerait au domaine dans lequel rivalisent ou s'opposent les diverses *policies*, se présentant comme un jeu mettant aux prises les individus ou groupes ayant chacun leur *policy*, c'est-à-dire dotés d'objectifs, d'intérêts et de philosophies de la vie publique le plus souvent divergents ou contradictoires. L'idée d'une résolution des problèmes (*problem solving*) relève pour Harold Dwight LASSWELL [1970]¹⁵⁸ de ce qu'il nomme « *le règlement des conflits fondamentaux* » d'une société humaine. Car pour lui,

¹⁵⁶ KNOEPFEL P., LARRUE C., VARONE F. (2001), *Analyse et pilotage des politiques publiques*, Bâle, Helbling & Lichtenhahn, 2001.

¹⁵⁷ ARON R. (1975), *Démocratie et totalitarisme*. Paris, Gallimard, 1965, cité in coll. « Idées », 21-22.

¹⁵⁸ LASSWELL H.D. (1970), «The emerging conception of the Policy Sciences », *Policy Sciences*, 1, 3-14.

les problèmes ne sont pas obligatoirement ceux d'une opérationnalité immédiate et purement technique, mais renvoient à la compréhension des enjeux sociaux.

L'imprécision de ses contours oblige donc à un effort de conceptualisation qui, par nature, est nécessairement subjectif. Son insolubilité dérive de sa vision stato-centrée, ce qui amène Jean-Claude THOENIG [1978]¹⁵⁹ à militer pour une substitution lorsqu'il évoque le concept d'*action publique*. Dans un sens comme dans l'autre, ce qui fait débat, c'est l'existence d'une politique publique comme un ensemble cohérent d'actions concertées qui se concentre sur des objectifs, des moyens et de leur adéquation en considérant ces actions comme à priori légales (suivant sa conception wébérienne) et résultant d'un processus décisionnel démocratique. La mise sur agenda correspondrait à la phase durant laquelle une problématique passe au stade de *problème public*. Dès lors, il convient de rechercher des solutions à ce problème¹⁶⁰.

Yves MENY et Jean-Claude THOENIG [1989]¹⁶¹ définissent la politique publique comme « *un programme d'action propre à une ou plusieurs autorités publiques ou gouvernementales dans un secteur de la société ou un espace géographique : la santé, la sécurité, les travailleurs immigrés, etc.* ». Ils attribuent au concept cinq éléments particuliers :

¹⁵⁹ THOENIG J-C. (1978), *Etude sociologique des organisations*, La Recherche en Sciences Humaines : bilans et perspectives. Paris, CNRS, 128-131.

¹⁶⁰ Selon Guy PETERS [1978] toute politique publique s'inscrit dans une logique de *policy problem*, c'est-à-dire la manière dont elle se pose aux décideurs politiques. Son analyse passe par 7 critères : (1) *La définition du problème* qui permet de savoir de quoi il s'agit et où il se situe (santé, éducation, habitat...), elle détermine la décision publique à trois niveaux : *sémantique* (définition des programmes), *stratégique* (configuration des acteurs) et *systémique* (constitution d'un système d'actions) ; (2) *La solution du problème* qui dépend de son caractère aigu ou chronique. Il est d'autant plus difficile à résoudre politiquement qu'il touche à des valeurs morales et fondamentales ; (3) *La complexité ou la simplicité politique ou programmatique* du problème qui renseigne sur les acteurs impliqués et sur les programmes envisagés, sur le rôle de la *politic* dans la *policy*, sur les arguments utilisés par les acteurs pour convaincre ; (4) *La magnitude du problème* qui nous renseigne sur sa place dans les préoccupations de l'Etat, sur les ressources à mobiliser pour le résoudre, sur son impact au niveau de l'opinion publique ; (5) *La divisibilité ou non du problème* qui renseigne sur ses effets liés, sur sa multisectorialité, etc ; (6) *La monétarisation*, c'est-à-dire les ressources à mettre en œuvre pour résoudre le problème ; (7) *La portée du problème* : les problèmes politiques simples sont plus faciles à résoudre que les problèmes interreliés pour lesquels la résolution est plus complexe.

¹⁶¹ MENY Y., THOENIG J.C. (1989), « *Politiques Publiques* », Paris, PUF, 391 p.

- i. un **contenu**, autrement dit les produits générés par l'ensemble des ressources mobilisées ; En d'autres termes, le travail gouvernemental produisant des résultats concrets, ce qu'en anglais on désigne parfois du nom d'*output* ou d'*outcome*.
- ii. un **programme** établi à moyen ou long terme dans lequel s'intègrent les actions menées, des éléments de décision ou d'allocation dont la nature est imposée par les actions gouvernementales à leur environnement, énoncé comme une règle verbale (discours) ou écrite (loi, circulaire). La coercition – dont l'autorité publique a l'exclusivité – est un facteur structurel qui sous-tend l'action gouvernementale ;
- iii. une **orientation normative** qui correspond aux finalités et aux préférences déterminées par les décideurs publics ; elle désigne un cadre assez général d'actions qui n'exclut pas la prise en compte des stratégies ponctuelles ou isolées. Il convient cependant de noter que toutes les politiques publiques ne sont pas fondées sur des perspectives explicitement définies ;
- iv. un **facteur de coercition** dans le sens où la nature autoritaire investie par le gouvernement lui confère une légitimité ; elle affecte, par son contenu, son impact, un certain nombre d'individus, de groupes ou d'organismes dont l'intérêt, la situation ou le comportement s'en trouvent modifiés ;
- v. un **ressort social**, c'est-à-dire l'ensemble des individus, groupes et institutions qui entrent dans le champ de cette intervention publique ; elle est normative car elle doit atteindre des objectifs pour satisfaire à des intérêts.

Un tel guide théorique s'accorde avec la démarche pragmatique qui n'est toutefois pas facile à respecter dans la pratique, lorsque l'on se retrouve confronté à des situations concrètes. De nombreux auteurs différencient les notions de « politique publique » et de « programme d'action gouvernemental », car l'inconvénient de cette approche est de ne rien dire de la genèse sociale des politiques publiques. Cette vision met également en exergue le confinement au stato-centrisme dans l'action publique, en considérant l'État comme un acteur rationnel (obéissant aux principes de transitivité des préférences et d'adéquation des moyens aux fins). Pourtant, l'approche stato-centrée repose sur 2

postulats essentiels : (i) l'homogénéité des États, appréhendés comme des acteurs unitaires et ; (ii) la nature de leurs préférences, qui apparaissent soit déterminées de manière exogène au système politique, soit définies par le produit des jeux politiques domestiques [HOOGLE et MARKS, 2002]¹⁶².

b. La politique publique comme champ de conceptualisation de l'action collective

S'inspirant à la fois des approches néo-marxiste et néo-corporatiste, Pierre MULLER et Yves SUREL [1998]¹⁶³ ont utilisé l'approche de référentiel pour tenter une lecture constructiviste des politiques publiques. Ils prescrivent alors que : « *faire une politique, ce n'est donc pas résoudre un problème, mais construire une nouvelle représentation des problèmes qui met en place les conditions sociopolitiques de leur traitement par la société et structure par là même l'action de l'Etat* ».

JOBERT et MULLER [1987] proposent l'abord des politiques publiques à partir de leur signification sociale. Se dotant du concept de référentiel pour analyser les idées et les intérêts présidant l'action publique, ils distinguent deux niveaux qui interagissent et qui ont leur propre logique de reproduction. Le *référentiel global* (RG) qui est une image sociale, une représentation globale de toute la société autour de laquelle vont s'ordonner, se hiérarchiser les différentes représentations sectorielles d'une part et, un *référentiel sectoriel* (RS) qui peut se définir comme la représentation que l'on se fait du secteur ainsi que de sa place et de son rôle dans la société, d'autre part. La dynamique entre le global et le sectoriel ou *Rapport global-sectoriel* (RGS) conditionne la manière dont les politiques publiques vont se construire et se déconstruire suivant les impératifs du secteur et du global. En ce sens, l'analyse des politiques publiques permet de comprendre l'« *Etat en action* » et en interaction avec différents groupes [HASSENTEUFEL, 2008]¹⁶⁴.

¹⁶² HOOGLE L., MARKS G. (2002), « The Types of Multi-Level Governance », *Cahiers européens de sciences po*, n°3, 2002.

¹⁶³ MULLER P., SUREL Y. (1998), *L'analyse des politiques publiques*, Montchrestien, Paris.

¹⁶⁴ HASSENTEUFEL P. (2008), *L'Etat mis à nu par les politiques publiques*, dans B. BADIE et Y. DELOYE (dir), *Le temps de l'Etat. Hommage en l'honneur de Pierre BIRNBAUM*, Paris, Fayard, 311-329.

Sur un autre registre, en s'intéressant aux rapports entre les pouvoirs publics et les groupes sectoriels défendant leurs intérêts particuliers, Pierre MULLER [2000] met en relief le jeu de relations entre les différents acteurs et décrit les politiques publiques comme « *un processus de médiation sociale qui modifie l'environnement culturel, social ou économique d'acteurs sociaux, en général saisis par une logique sectorielle* »¹⁶⁵. Il s'éloigne ainsi de la simple dimension fonctionnaliste pour une approche néo-institutionnaliste qui formule explicitement la relation acteur/structure de manière à rester en compatibilité avec une sociologie compréhensive de l'action, se rapprochant ainsi de la théorie wébérienne [WEBER, 1971]¹⁶⁶ qui postule que « *la compréhension de la réalité historique et sociale se fait à partir du sens subjectivement jugé par l'agent, ce que la sociologie pourrait expliquer comme étant les déterminants de l'action* » [SCHLUCHTER, 2005]¹⁶⁷.

Certains auteurs insistent davantage sur le rôle procédural (notamment la gouvernance publique) des politiques publiques dans la régulation de l'ordre social, car, les politiques publiques se fabriquent dans des lieux bien définis et avec des règles particulières. Ces 2 dimensions (gouvernance et régulation) confèrent aux politiques publiques un rôle de légitimation qui passe nécessairement par la reconnaissance par les citoyens de principes et de normes. Les politiques publiques se confèrent donc un rôle de « *maintien d'un ordre social durable passant par leur acceptation par des sujets capables de jugements* » [JOBERT et MULLER, 1987]¹⁶⁸. Les processus politiques sont dans ce sens compris comme « *la médiation des sphères au sein d'une société* », suivant l'expression de CAILLE [1981]¹⁶⁹ qui assimile la politique publique à « *un rapport des sociétés à leur propre indétermination et un mode de liaison de divers ordres* ».

¹⁶⁵ MULLER P. (2000), « L'analyse cognitive des politiques publiques : vers une sociologie politique de l'action publique », *Revue Française de Science Politique*, 50 (2), 189-207.

¹⁶⁶ WEBER M. (1971), *Economie et Société*, trad. française, Paris, Plon.

¹⁶⁷ SCHLUCHTER W. (2005), « Action, ordre et culture. Eléments d'un programme de recherche wébérien », *Revue française de sociologie*, 4, 653-683.

¹⁶⁸ JOBERT B., MULLER P. (1987), *L'Etat en action. Politiques publiques et corporatismes*, Paris, PUF, 242 p.

¹⁶⁹ CAILLE A. (1981), « La sociologie de l'intérêt est-elle intéressante », *Sociologie du Travail*, n°4.

Les politiques publiques sont dans cette logique guidées par une approche plus holistique et portent des solutions structurelles contrairement aux interventions publiques qui sont généralement planifiées pour faire face à une situation donnée, dans la plupart des cas conjoncturelles et brèves. Elles passent nécessairement par une certaine régulation du marché, l'adoption des mesures et la mise en place d'un système adapté avec la participation de l'ensemble des acteurs (Etat, secteur privé, organisations de la société civile, collectivités locales et ménages) sous le leadership de l'autorité établie.

2.1.1.2. *L'intervention (ou action) publique : un concept différent ?*

Faisant référence aux difficultés à saisir le concept de politique publique, on constate aisément que la frontière entre une politique publique et une intervention publique n'est pas aussi nette étant donné que certains auteurs assimilent l'analyse des politiques publiques à la sociologie de l'action publique [DUBOIS, 2009]¹⁷⁰. L'existence d'une politique publique sera fondée par la matérialisation : (i) d'un ensemble de mesures concrètes qui forment la « *substance* » d'une politique ; (ii) des décisions de nature plus ou moins « *autoritaires* » qui, explicites ou latentes, constituent le socle « *coercitif* » de la politique (sur la pratique des différents agents) ; (iii) d'un « *cadre général d'action* » distinguant (en principe) une politique publique de simples mesures isolées ; des « *publics* », individus, groupes ou organisations, actifs ou passifs dans le processus de construction de la politique publique, dont la situation est affectée par celle-ci ; (iv) des buts ou des objectifs à atteindre, etc.

La limite d'une telle perspective est assez visible car une pareille conception passe à côté d'une part importante de l'action publique, les déclinaisons qu'on vient d'évoquer pouvant certes former d'utiles étiquettes descriptives tout en renforçant l'inflation de la dynamique distinctive entre les deux concepts. Comme le rappelle Pierre MULLER [2000], « *l'apport essentiel de l'analyse des politiques est d'avoir montré que la sphère des représentations ne constitue que l'une des dimensions – certes très importante permettant de comprendre*

¹⁷⁰ DUBOIS V. (2009), « Action publique », in COHEN A., LACROIX B., RIUTORT Ph., (dirs), *Nouveau manuel de science politique*, Paris, La Découverte.

les décisions en matière de politiques publiques »¹⁷¹. L'action publique (qu'elle aboutisse ou non à une prise de décision) est un processus long et complexe, mettant en jeu un nombre important d'acteurs collectifs ou hétérogènes.

Portant son analyse sur les champs de l'action publique, DUBOIS [2009]¹⁷² met en exergue les systèmes d'action concrets nés de la conceptualisation des systèmes de relation constitutifs des politiques fortement marquées par deux courants : l'analyse stratégique formalisée par CROZIER et FRIEDBERG [1977]¹⁷³ et l'approche cognitive issue des travaux de JOBERT et MULLER [1987]¹⁷⁴. Il met en relief un présupposé théorique et politique, selon lequel l'action publique procéderait essentiellement d'une coopération horizontale entre des acteurs faiblement ou non hiérarchisés, et dont l'éventuelle hiérarchisation serait constamment changeante. Loin de refléter la logique économique du choix rationnel, le champ politique s'enracine donc dans des règles sociales et institutionnelles historiquement construites.

La notion d'action publique, par rapport aux modèles classiquement décisionnistes et à la vision surpolitisée qui leur est généralement associée, présente de sérieuses contraintes en termes d'orientations idéologiques. Une action publique dépolitisée se rapprocherait de la politique publique en ce sens que les relations entre les acteurs en jeu respectent le principe de non hiérarchisation des systèmes. L'intervention publique consiste aussi pour une part à agir sur des représentations sociales parce qu'elle est en partie liée aux échanges symboliques dans lesquels se joue le processus politique. Certains auteurs évoquent les concepts d'action publique « *policy action* » [ANDERSON, 1975]¹⁷⁵ et de moyens de l'action « *course of action* » [JONES, 1970]¹⁷⁶ pour désigner les composantes des politiques publiques débarrassées des multiples interprétations sur les finalités et le sens.

¹⁷¹ MULLER P. (2000), « L'analyse cognitive des politiques publiques : vers une sociologie politique de l'action publique », *Revue Française de Science Politique op. cit.*

¹⁷² DUBOIS V. (2009) « Action publique », in COHEN A., LACROIX B., RIUTORT Ph. (dirs), *Nouveau manuel de science politique*, Paris, La Découverte.

¹⁷³ CROZIER M., FRIEDBERG E. (1977), *L'acteur et le système*, Paris, Seuil.

¹⁷⁴ JOBERT B., MULLER P. (1987), *L'Etat en action. Politiques publiques et corporatismes*, Paris, PUF, *op. cit.*

¹⁷⁵ ANDERSON J. (1975), *Public Policy-making*, New York, Praeger. Co.

¹⁷⁶ JONES C. O. (1970), *An introduction to the study of public policy*, Belmont, Calif., Wadsworth Pub.

Vue dans ce sens, nous retenons que la politique publique est liée à une action publique débarrassée de l'influence, ou mieux, de l'emprise de la sphère du *politic*.

2.1.2. Construction d'une démarche empirique qui s'appuie sur l'approche d'analyse des politiques publiques par les référentiels

L'analyse des politiques publiques de santé au Cameroun, comme nous l'avons déjà signalé au premier chapitre, requiert une lecture dans plusieurs sens. Rappelons que l'historicité des politiques publiques de santé leur confère un caractère économico-dépendant avec une évolution qui s'est avérée ondulatoire, partagée entre les pôles égalitariste et libéral de la justice sociale, mettant en conflit deux conceptions idéologiques (le modèle keynésien fondé sur le monopole étatique de la santé et le modèle libéral porté par une logique marchande de la santé).

Nous focalisons notre analyse sur la construction de la SSS comme modèle de politique publique, tout en apportant un éclairage sur la montée en puissance de nouveaux cadres normatifs supposés encadrer l'action publique et qui constituent une contrainte pour les acteurs parce qu'ils transforment leur perception du monde vécu et disqualifient les anciennes visions sans pour autant régler les problèmes de représentation et de légitimité. Nous distinguons l'approche prescriptive et sectorielle de type *top-down*¹⁷⁷ qui repose sur un schéma linéaire et séquentiel (très proche du Cadre Logique) d'une approche plus systémique qui fait ressortir la circularité du processus de négociation entre acteurs multiples. La première approche doit beaucoup à la rationalité instrumentale alors que la seconde est plus incrémentale. L'objectif ici n'est ni d'évaluer l'une ou l'autre approches, ni d'essayer de leur donner du sens. Il s'agit plutôt, à travers une grille simplifiée, d'opérer une lecture des dynamiques et des ressorts explicatifs des interactions entre les différents échelons en jeu, en ouvrant la « boîte noire » de l'élaboration des politiques publiques qui permet de mieux cerner les espaces de rencontre entre les différents acteurs qui interagissent.

¹⁷⁷ Elle consiste en un séquençage de type linéaire partant d'un centre décisionnel vers la périphérie où existent les assujettis à la politique publique. Le « *top* » préétablit des fins en se fondant sur l'autorité dont il dispose et le « *down* » les applique par adhésion au système hiérarchique [MENY et THOENIG, 1989].

2.1.2.1. Les approches néo-institutionnaliste et de référentiels des politiques publiques (RPP) comme grilles de décryptage des changements institutionnels

L'économie néo-institutionnelle a le mérite d'analyser les dynamiques de changement à partir des interactions entre l'environnement institutionnel (organisations et/ou institutions) et les dynamiques structurant le comportement des acteurs. Elle permet de relâcher un peu la théorie étatiste centrée sur l'Etat comme entité autonome par rapport aux groupes sociaux. La formalisation des typologies permettant de saisir l'articulation entre les institutions dans le fonctionnement d'un champ découle des travaux de NORTH [1990¹⁷⁸ ; 1994¹⁷⁹] qui reprend le concept de sentier de dépendance ou « *path dependence* » pour justifier l'inertie institutionnelle au sens d'ARTHUR et DAVID en proposant les arrangements institutionnels en tant que règles de jeu et les comportements des agents économiques en tant que joueurs.

L'explication des processus de changement institutionnel à partir des choix rationnels se rapporte alors à une comparaison des résultats de calcul coûts-bénéfices appliquée aux différentes alternatives institutionnelles se présentant aux acteurs impliqués dans le processus politique. La théorie distingue nettement la *création* de la *transformation* des règles institutionnelles qui régissent le pilotage et la régulation des systèmes en place [SABATIER et SCHLAGER, 2000]¹⁸⁰. L'omission de la problématique des inégalités d'accès aux soins dans la définition de l'environnement institutionnel et des arrangements guidés par les rapports de pouvoirs se traduira *in fine* par une aggravation de la situation dans la mesure où les individus seront amenés à construire des modèles mentaux qui peuvent être partagés parce qu'ils constituent une réponse appropriée à un moment donné pouvant conduire à une multiplicité des échelles de cadrage. NORTH [1994] définit les institutions comme étant « *les contraintes établies par les hommes qui structurent les interactions humaines* »¹⁸¹.

¹⁷⁸ NORTH D. C. (1990), *Institutions, Institutional Change and Economic Performance*, Cambridge University Press.

¹⁷⁹ NORTH D. C. (1994), « Economic performance through time », *American Economic Review*, 84 (3), 359-368.

¹⁸⁰ SABATIER P. A., SCHLAGER E. (2000), « Les approches cognitives des politiques publiques : perspectives américaines », *Revue française de science politique*, 50 (2), 189- 208.

¹⁸¹ NORTH D. C. (1994), « Economic performance through time », *American Economic Review*, *op. cit.*

L'emprunt d'une approche néo-institutionnaliste n'a pas l'ambition de combler un déficit explicatif dans le changement institutionnel, mais d'éviter une focalisation trop exclusive sur les dimensions cognitives. En mobilisant une démarche fondée sur la prédominance d'une rationalité située dans un environnement social qui les guide, elle permet d'aborder l'étude de l'évolution des institutions sous un angle nouveau en permettant de « *penser les interactions dynamiques entre transformations du lien social et nature de la performance économique* » [VILLEVAL, 2002]¹⁸². Elle considère les institutions comme des entités autonomes qui, par leur action de médiation, réalisent la coordination des transactions entre agents économiques [WALLISER et ZWIRN, 2000]¹⁸³ et dont l'objectif premier n'est pas de promouvoir l'efficacité économique mais de créer du lien social [BOYER, 2000]¹⁸⁴ en établissant un ensemble de règles ou de normes comportementales. La médiation implicite qui en découle met en évidence des divergences entre les sociétés à partir d'une analyse de facteurs de changement internes, avec un accent sur les visions du monde, les acteurs et les représentations.

La mobilisation des normes, des valeurs et des représentations qui caractérisent le fonctionnement de tout système et les postures des différents acteurs concourent à une prise en compte dans l'analyse des ressources symboliques qui peuvent aider les individus à comprendre et à interpréter le monde qui les entoure, et à modeler l'émergence et la mise en œuvre d'une politique publique en leur faveur. L'approche cognitive repose dans ce sens sur un vaste processus d'interprétation du monde, au cours duquel une vision va s'imposer et être acceptée comme vraie par la majorité des acteurs du secteur parce qu'elle leur permet de comprendre les transformations de leur environnement : c'est la naissance d'un cadre interprétatif de référence ou mieux, d'une *matrice cognitive*.

¹⁸² VILLEVAL M.C. (2002), « Comment on Technological Change and Employment: A Critical Survey », in N. GREENAN, Y. LHORTY, J. MAIRESSE (eds.), *Productivity, Inequality and the Digital Economy*, Boston, The MIT Press, 133-137.

¹⁸³ WALLISER B., ZWIRN D. (2002), « Can Bayes' Rule Be Justified by Cognitive Rationality Principles? », *Theory and Decision*, 53(2), 95-135.

¹⁸⁴ BOYER R. (2000), « Is a finance-led growth regime a viable alternative to Fordism? A preliminary analysis », *Economy and Society*, 29 (1), 111-145.

Trois grands courants se distinguent suivant l'importance donnée aux valeurs, aux idées ou aux représentations, chacun s'articulant autour d'une notion centrale. HALL [1993]¹⁸⁵ utilise la notion de *paradigme* pour designer la conception globale qui anime les promoteurs d'une politique, SABATIER [1993]¹⁸⁶ celle de *coalition des causes* et JOBERT et MULLER [1987]¹⁸⁷ celle de *référentiel*. Au-delà de ces divergences qui correspondent davantage à un souci de précision qu'à des conflits de fond, les auteurs se retrouvent sur une approche de l'Etat qui se veut plus inclusive.

Il nous semble justifié d'adopter une approche cognitive dans la démarche en insistant sur le poids des croyances, des idées et des représentations qui influencent le processus de construction des politiques publiques ou du moins des cadres de l'action publique en matière de santé. En prenant appui sur la notion de référentiel, il devient plus facile de rendre compte des valeurs et représentations qui imprègnent les récentes évolutions du système sanitaire camerounais. Toutefois, devant les déviations récurrentes à l'égard des schémas constitués supposés universels, elle permet, du moins en partie, d'illuminer certains aspects de la « nébuleuse réformatrice » comme la double dimension du changement structurel relevée plus haut. C'est à travers ce prisme que nous souhaitons appréhender « ce qui a changé » et ce qui fonde désormais un *nouveau modèle d'action publique* dans le secteur de la santé. Selon cette approche, les politiques publiques ne sont pas seulement les espaces où s'affrontent des acteurs aux intérêts concurrents, mais sont aussi « le lieu où une société construit son rapport au monde et donc les représentations qu'elle se donne pour comprendre et agir sur le réel tel qu'il est perçu » [MULLER, 2000]¹⁸⁸.

¹⁸⁵ HALL, P. A. (1993), « Policy Paradigm, Social Learning and the State, the Case of Economic Policy in Britain », *Comparative Politics*, 275-296.

¹⁸⁶ SABATIER P.A. (1993), « Advocacy-Koalitionen, Policy-Wandel und Policy-Lernen: Eine Alternative zur Phasenheuristik ». *Politische Vierteljahresschrift*, Numéro Spécial "Policy-Analyse, Kritik und Neuorientierung", Adrienne Héritier (dir.), 24, 117-148.

¹⁸⁷ JOBERT B., MULLER P. (1987), *L'Etat en action. Politiques publiques et corporatismes*, Paris, PUF, op. cit.

¹⁸⁸ MULLER P. (2000), « L'analyse cognitive des politiques publiques : vers une sociologie politique de l'action publique », *Revue française de science politique*, op. cit.

La conceptualisation de l'approche d'analyse des politiques publiques par les référentiels organise l'action publique autour des cadres (*frames*) qui constituent d'après MULLER [2000]¹⁸⁹, l'univers cognitif des acteurs et qui présente une certaine stabilité dans le temps. L'émergence d'une nouvelle structure d'objectifs de la politique publique (au sein des communautés épistémiques impliquées d'une façon ou d'une autre) et les transformations de la communauté de politique publique « *policy community* » de RICHARDSON et JORDAN [1979]¹⁹⁰ doivent par conséquent être recherchées dans le processus. Elles schématisent la façon par laquelle un groupe social fait émerger et prend en compte une nouvelle représentation du secteur, appelant à une médiation qui dans le cas de la SSS renvoie à la communauté internationale et la société civile ayant siégé au sein du comité de pilotage.

Précisons que la notion de référentiel a été produite au départ davantage comme un outil méthodologique pour décrypter les réalités empiriques de terrain que comme une contribution théorique aux approches cognitives en politique publique. Cette absence de rigidité conceptuelle dans son émergence est sans doute l'une des raisons qui ont rendu cette approche aussi séduisante, et permis sa diffusion relativement rapide et large. En tant que structure de sens, il articule quatre niveaux de perception du monde : les valeurs (sont les représentations qui définissent un cadre global de l'action publique comme la croissance, l'équité, l'égalité...), les normes (définissent les écarts entre le réel perçu et le souhaité, c'est-à-dire les principes d'action), les algorithmes (établissent les relations causales qui expriment une théorie de l'action) et les images (vecteurs implicites de valeurs, de normes, voire d'algorithmes, elles font sens immédiatement et constituent un élément central du référentiel)¹⁹¹. Le référentiel sectoriel qu'il est question de mobiliser

¹⁸⁹ MULLER P. (2000), « L'analyse cognitive des politiques publiques : vers une sociologie politique de l'action publique », *Revue Française de Science Politique*, *op. cit.*

¹⁹⁰ RICHARDSON J., JORDAN G. (1979), *Governing Under Pressure*. Oxford: Martin Robertson.

¹⁹¹ Les *valeurs* sont les représentations les plus fondamentales sur ce qui est bien ou mal, désirable ou à rejeter. Elles définissent un cadre global de l'action publique. Le débat actuel *équité* vs *égalité* est typiquement un débat au niveau de valeurs, comme pouvaient l'être les débats sur la croissance ou sur le rôle de la paysannerie.

Les *normes* définissent des écarts entre le réel perçu et le réel souhaité. Elles définissent des principes d'action plus que des valeurs : « l'agriculture doit se moderniser » ; « il faut satisfaire les besoins du marché » ; « il faut diminuer le coût des dépenses de santé » ; (...),

Les *algorithmes* sont des relations causales qui expriment une théorie de l'action. Ils peuvent être exprimés sous la forme « si...alors » : « si le gouvernement laisse filer la monnaie, alors les entreprises gagneront en compétitivité » ;

L'importance des *images*, enfin, ne doit en aucun cas être sous-estimée. En effet, les images (« le jeune agriculteur dynamique et modernisé » ; « Airbus plus fort que Boeing » ; « le terroriste barbu » ; (...)) sont de remarquables

pour une analyse complète des politiques publiques relève de trois dimensions théoriques selon JOBERT [1992]¹⁹², et celui de la santé ne peut que les confirmer dans la pratique : (i) une *dimension cognitive* : les référentiels donnent les éléments d'interprétation causale des problèmes à résoudre ; (ii) une *dimension normative* : les référentiels donnent les valeurs dont il faudrait assurer le respect pour le traitement de ces problèmes ; (iii) une *dimension instrumentale* : les référentiels définissent les principes d'action qui doivent orienter l'action en fonction de ce savoir et de ces valeurs. Ce dimensionnement des référentiels dans l'analyse des politiques publiques mérite un développement poussé afin de comprendre les transactions opérées entre rapport global et rapport sectoriel, identifier plus précisément les acteurs participant aux réseaux de médiation, leurs rôles dans la production des images cognitives, dans la transposition de leur vision du réel et dans son décodage en termes d'actions, de normes, de critères d'intervention.

Le référentiel est dans cette logique inséparable de la notion de médiateur. A partir d'un cadre de référence normatif et cognitif dans lequel les différents acteurs vont pouvoir mobiliser des ressources, nouer des relations d'alliance ou de conflit, les médiateurs définissent la place du secteur considéré par rapport à la société toute entière et s'appuient sur les transformations du global pour annoncer les ajustements inévitables du sectoriel. En revanche, le référentiel n'est pas seulement du discours, des idées ou des prises de positions : ce sont « *des idées en action* ». Les médiateurs ont à la fois une fonction cognitive (ils aident à comprendre le monde) et une fonction normative (ils définissent des critères qui permettent d'agir sur le monde, c'est-à-dire les objectifs des politiques publiques). Le second couple est celui de champ intellectuel/champ de pouvoir. Le processus de médiation est un processus de prise de parole (production de sens) et un processus de prise de pouvoir (structuration d'un champ de force). Pierre MULLER [2000]¹⁹³ souligne que cette articulation du champ cognitif et du champ de pouvoir est plus ou moins visible, et que dans le domaine du social les choses sont sans doute plus

vecteurs implicites de valeurs, de normes ou même d'algorithmes. Elles *font sens* immédiatement sans passer par un long détour discursif. De ce point de vue, elles constituent un élément central du référentiel » [MULLER, 1995].

¹⁹² JOBERT B. (1992), « Représentations sociales, controverses et débats dans la conduite des politiques publiques », *Revue française de science politique*, 2 (42), 219-234.

¹⁹³ MULLER P. (2000), « L'analyse cognitive des politiques publiques : vers une sociologie politique de l'action publique », *Revue Française de Science Politique*, *op. cit*

complexes, tant il est difficile d'identifier au profit de quel acteur se réalise l'opération d'encastrement. L'intensification de la sectorialité et l'accroissement de l'historicité entraînent les sociétés modernes à plus de dépendance par rapport à leurs propres outils, amenant la construction de nombreuses politiques publiques dans le seul but de gérer des désajustements produits par d'autres politiques structurelles.

2.1.2.2. Relecture des hypothèses de l'« ajustement par le haut » dérivées des RPP

La relecture des hypothèses de l'« ajustement par le haut » dérivées des RPP nous ouvre une perspective permettant de comprendre l'alignement véhiculé par le concept de *rapport global-sectoriel*, chaque secteur portant sa politique sectorielle. Certains éléments de l'analyse cognitive donnent des outils qui permettent de mieux comprendre l'exigence croissante de régulation entre les champs du global et ceux du sectoriel auquel l'Etat moderne fait face afin de compenser la partition de la société en de multiples secteurs. Plusieurs éléments apparus dans les études peuvent ainsi être relus dans cette perspective, sur la vision du monde se dégageant du *référentiel global* - principe de l'alignement – illustrée par cette hypothèse qui nous invite à nous demander dans quelle mesure la reconfiguration des cadres de l'action publique en matière de santé s'est faite suivant une dynamique globale qui exprime le dilemme entre l'*efficacité* et l'*équité* et qui pèse sur l'accessibilité à la santé.

L'hypothèse de médiation a l'avantage de mettre en lumière la robustesse du travail effectué le plus souvent par des groupes spécialisés, de production de connaissances scientifiques (dimensions techniques, sociales, juridiques, économiques, etc.) ou politiques (anticipation des rapports de force sur le terrain, présence d'obstacles ou d'éléments favorisant la mise en œuvre des mesures envisagées, position des différents segments de l'administration, etc.) à la structuration des problèmes aux caractéristiques (avantages ou désavantages) propres aux différentes solutions envisagées. Elle donne également l'opportunité de focaliser l'attention sur les relations qui existent entre cette production de connaissances et d'« idées » et la structuration des rapports de force au sein des luttes politiques autour de l'imposition de la définition du problème et de l'éviction des solutions envisageables.

La déclinaison de hypothèse de l'ajustement par le haut en hypothèses secondaires ou spécifiques permet de voir, d'après NAHRATH [2003]¹⁹⁴ « *combien, derrière les combats d'idées autour de la définition légitime du programme politico-administratif, des hypothèses de causalité et des groupes cibles, pour ne pas aller jusqu'aux instruments, se déroule également un combat politique pour la définition de la hiérarchie entre les différents acteurs, ainsi que pour la (ré)définition de l'identité collective de ces derniers (notamment celle des groupes cibles)* ». Dans le cadre de notre travail, nous nous intéressons non seulement à la façon dont les conflits concernant l'accessibilité aux SSP se trouvent posés, mais aussi aux conditions et arbitrages qui garantissent l'assurance du droit à la santé. La question de la redéfinition du pouvoir médical véhiculant des visions très différentes de ce qu'est un professionnel de la santé, et de ce que devraient être ses droits et des devoirs envers la collectivité, devient de ce fait centrale et permet de s'intéresser non plus seulement à la manière dont les connaissances et les compétences sont créées, mais aussi à leur champ de capitalisation et leur utilité sociale.

La troisième hypothèse secondaire gagne en importance du fait qu'elle porte précisément sur les conditions d'émergence d'un nouveau cadre normatif et donc, d'une nouvelle politique publique. En attribuant l'émergence d'une nouvelle politique publique aux décalages, contradictions et incohérences existant entre les politiques sectorielles déjà en place, cette hypothèse est à la fois confirmée et incomplète. La multiplicité des relations entre champs et la diversité des positions des acteurs qui y sont engagés complexifient davantage les relations d'échanges, de collaboration et de confrontation entre les champs.

¹⁹⁴ NAHRATH S. (2003), *La mise en place du régime institutionnel de l'aménagement du territoire en Suisse entre 1960 et 1990*. Thèse de Doctorat présentée à l'Université de Lausanne, 588 p.

Tableau 5. Synthèse des hypothèses de médiation dérivées des RPP sur l'« ajustement par le haut » [NAHRATH, 2003]¹⁹⁵

Hypothèse principale	Hypothèses secondaires
<p><u>Hypothèse principale</u> de la médiation (ajustement par le haut) : Il y a changement de politique, c'est-à-dire changement de référentiel au sein d'un secteur, dès lors que se modifie le rapport global-sectoriel (RGS) et se développent des désajustements, des décalages, voire des contradictions, entre, soit (1) le secteur en question et les autres secteurs de la société, soit (2) le secteur en question et le référentiel hégémonique au niveau de la société globale.</p>	<p><u>Hypothèse médiation 1</u> : Il y a changement au sein d'un référentiel de politique publique dès lors qu'il y a rencontre entre (1) des modifications objectives du RGS et (2) une identification et un traitement de ces décalages au sein du RGS par un groupe de médiateurs capable de construire son leadership au sein du secteur. L'instauration d'un tel leadership découle d'un processus de luttes politiques entre différents groupes de médiateurs concurrents tentant d'imposer de manière hégémonique leur définition des modalités du traitement de ce problème.</p>
	<p><u>Hypothèse médiation 2</u> : Tout changement de référentiel, c'est-à-dire de politique, implique à la fois une modification des rapports de force et des rapports de hiérarchie entre les différents groupes agissant au sein du secteur, ainsi qu'une redéfinition substantielle de l'identité collective de ces mêmes groupes sociaux.</p>
	<p><u>Hypothèse médiation 3</u> : On assiste à l'émergence d'un nouveau programme d'action publique (i.e. une nouvelle politique publique) suite à la persistance de décalages, de contradictions ou d'incohérences entre des logiques sectorielles d'une ampleur telle que, malgré les tentatives des différents leaderships sectoriels pour les réduire, la cohésion sociale s'en trouve menacée. Dès lors la fonction de ce secteur en voie d'émergence consiste à prendre en charge ce problème collectif résultant des contradictions au sein ou entre des secteurs déjà existants et incapables de les régler par eux-mêmes.</p>

¹⁹⁵ NAHRATH S. (2003), *La mise en place du régime institutionnel de l'aménagement du territoire en Suisse entre 1960 et 1990*, op. cit.

L'introduction d'hypothèses sur l'information ou sur les processus cognitifs de fabrication des politiques publiques et de prise de décision remet un peu plus en cause celle de la parfaite rationalité des acteurs. Sans l'abandonner cependant, nous formulons, à partir des hypothèses initiales sus-évoquées empruntées à NAHRATH [2003]¹⁹⁶, deux hypothèses opérationnelles (p 127) sur lesquelles va se poser notre analyse qui mobilise une batterie d'outils et d'interactions dans un environnement peu délimité. L'analyse de la dynamique de changement institutionnel devient alors l'étude des trajectoires de toute construction politique dans sa dimension sectorielle. Ceci soulève une question centrale, celle de savoir si l'enchaînement des réformes observé dans le secteur de la santé participait à l'objectif d'adapter les politiques publiques aux enjeux et défis nés de l'évolution macroéconomique ou à un balbutiement dû à une définition incomplète, voire parcellaire des cadres de réponses.

Le référentiel sectoriel de la santé permet d'expliquer un certain nombre de logiques puisqu'il définit autant les principes qui les régissent que les missions conférées aux institutions de santé et de régulation du système qu'ils sont supposés piloter. Le décryptage de la genèse des politiques sanitaires se fera suivant la lecture qu'elles sont historiquement le produit de recyclages des programmes préexistants, ont de la peine à se construire suivant un processus autonome et sont souvent dépourvues des caractéristiques propres aux politiques sectorielles (absence de référentiel commun permettant de penser les situations et de structurer les interventions). L'expertise technique est en elle-même éclatée (démantelant la communauté épistémique des praticiens de la santé), car se situant entre différents « corps » administratifs, situation d'autant plus problématique qu'aujourd'hui le pôle économique se trouve paradoxalement renforcé par la diffusion du nouveau référentiel global dit marchand, qui contribue à réinsérer les exigences économiques au cœur des débats sur les politiques publiques de santé.

Les politiques publiques de santé seront donc décryptées avec un acquis théorique « *qu'elles ne relèvent pas d'une construction sociale de la réalité, d'un rapport entre un système de sens et un système de pratique* » dans la mesure où elles résultent d'une mutation de pratiques sous l'influence des contraintes d'origine essentiellement exogène

¹⁹⁶ NAHRATH S. (2003), *La mise en place du régime institutionnel de l'aménagement du territoire en Suisse entre 1960 et 1990*, op. cit.

qui ont été déterminants dans l'évolution de l'inaccessibilité des populations aux soins de santé. Ceci permet de mettre en évidence les mécanismes en fonction desquels les cadres cognitifs et normatifs, qui constituent le cœur de l'action publique – les *référentiels* –, sont à la fois l'expression des contraintes structurelles et le résultat du travail sur le sens effectué par les acteurs. Cette thématique de la dynamique structurelle rejoint le projet théorique formulé dans le cadre de la théorie de régulation (TR) qui examine les règles de construction et de déconstruction des systèmes en insistant sur la cohérence entre le besoin social et la dynamique spatio-temporelle de reproduction.

De façon plus spécifique, en cherchant à dépasser la notion de l'accessibilité aux soins réduite à la capacité financière des populations à recourir aux soins (référence aux principes de l'« *ability to pay* » et du « *willingness to pay* » énoncés par l'IB), nous adoptons celle d'une accessibilité aux soins qui se veut plus générale suivant une hypothèse double : le premier volet postule que l'édiction des politiques publiques de santé au Cameroun renforce un système d'inégalités sociales dans la mesure où elle met l'accent sur l'efficacité des services et moins sur l'équité dans l'accès universel à ces services. Ainsi, dans un contexte où maladies d'endémie et pauvreté se côtoient en permanence, les questionnements autour de la mise en œuvre des politiques publiques de santé peuvent être resserrés comme suit : dans quelle mesure les réformes du système de la santé ont-elles conduit à une reconfiguration des logiques d'actions en créant un effet de rapprochement avec l'objectif des SSP ?

Le second volet stipule que la définition politique du problème public (« *policy problem* »), sa formulation (« *policy design* »), la programmation et les arrangements politico-administratifs (« *policy making* ») y afférents sont déterminants dans la minoration de l'équité au cours de la mise en œuvre. Autrement dit, quelle a été la part d'influence des interactions entre les institutions qui portent cette politique, les professionnels de la santé qui en assurent la mise en œuvre de première ligne et les communautés qui y sont assujetties ? Face à cette question, nous souhaitons montrer que les déviations récurrentes à l'égard des trajectoires supposées universelles trouvent leur origine au départ dans le jeu de relations qui s'exprime entre les acteurs et que l'évolution structurelle du système de santé censée propulser la rupture d'une dynamique et la création d'une autre se fait essentiellement au gré des conjonctures macroéconomiques

pour aboutir à un dédoublement d'identité, amplifiant le désajustement avec les grands principes qui ont contribué à formuler la vision du monde en matière de santé (DAA, IB).

2.1.3. Cadre méthodologique et matériel utilisé

2.1.3.1. Une approche descriptive et évaluative en plusieurs étapes

Notre travail s'organise autour des approches et principes méthodologiques qui garantissent l'apport d'une contribution empirique à la compréhension des interactions entre les champs d'action publique et des rapports de domination et de légitimation dans les processus de fabrication des politiques publiques. La méthodologie suivie s'est donc avérée qualitative, intégrant les informations triangulées à partir de diverses sources et analysées sous le prisme des réalités vécues. Nos explorations préliminaires, lectures et entretiens nous ont permis d'affiner les questionnements et de les transformer intuitivement en hypothèses.

Pour étayer notre démonstration, nous revenons sur les travaux de TIZIO [2000]¹⁹⁷ qui portent sur l'émergence des normes internationales et leur influence sur les représentations, et qui permettent de saisir le caractère stratégique des politiques sanitaires dans l'articulation croissance économique - développement humain. Les exigences méthodologiques nous ont dicté une démarche :

- **Participative** : les efforts ont été déployés pour rejoindre les informateurs-clé tant au niveau central (ministères), intermédiaire (régional) que périphérique (districts de santé), en fonction du cadre temporel et des disponibilités sur le terrain au moment de notre passage.
- **Stratégique** : dans la même veine de complémentarité, nous avons tenu compte des différentes institutions intervenant dans le secteur (issues de la coopération bi- et

¹⁹⁷ TIZIO S. (2000), « Les implications de l'économie néo-institutionnelle pour la régulation des systèmes de santé en Afrique subsaharienne : un nouveau paradigme? ». *Communication au colloque international "Financement des systèmes de santé dans les pays à faible revenu d'Afrique et d'Asie"*, Clermont-Ferrand, décembre 2000.

multilatérale), de manière à mieux cerner l'effet de levier et le rôle joué dans le processus de construction politique.

- **Itérative** : les protocoles d'entrevue et les cadres matriciels de collecte des données ont été développés, partagés et validés de manière consensuelle et itérative avec les responsables des ministères.

2.1.3.2. Le matériel utilisé

La démarche adoptée mobilise comme matériel un ensemble d'écrits et d'entretiens menés sur la base de cadres matriciels conçus à ce sujet (annexe 2). L'analyse documentaire s'est faite au moyen de la documentation collectée au niveau central, des délégations régionales de la santé et/ou des districts sanitaires (2 régions ont été investiguées : l'Extrême-Nord, francophone et le Nord-Ouest, anglophone), d'enquêtes, des données issues des ouvrages référencés, d'études récemment menées, de rapports de supervision et des faits marquants du contexte sanitaire. Cette analyse documentaire et les premières discussions ont permis d'affiner l'approche et de valider la méthodologie, de mieux cerner les enjeux et de structurer le cadre conceptuel. En même temps, elle a facilité la délimitation du champ de l'étude.

Le programme des visites et entrevues a été bonifié par des sessions de travail avec les représentants des communautés (discussions de groupe ou *focus group* dans les 4 districts sanitaires visités) afin de s'assurer d'une couverture thématique adéquate et de croiser les informations communiquées de façon individuelle avec celles fournies en collectivité. Ils ont ainsi permis de confirmer ou d'infirmer les informations contenues dans les documents trouvés, d'exfiltrer les assertions subjectives obtenues lors des entretiens formels et informels et d'aiguiser les analyses. La recherche des informations s'est faite à travers :

La recherche documentaire : la consultation de divers sites contenant des informations pertinentes sur les thématiques d'intérêt pour l'étude (suivi des OMD, analyse de la gouvernance du secteur, tendances actuelles et futures, etc.). Nous avons ainsi procédé à la consultation des informations à travers divers moteurs de recherche sur la toile (*world*

wide web). Ensuite, la collecte et l'exploitation des documents de politiques et stratégies, les rapports d'études et d'audits, les publications, communications et articles publiés. Afin d'optimiser leur exploitation, un système d'archivage a permis de catégoriser les documents.

Les visites au niveau des administrations : les visites permettant de prendre des contacts nécessaires avec les acteurs étatiques et non-étatiques et la collecte des documents. Les visites se sont déroulées aux niveaux des ministères, des partenaires au développement, des organisations de la société civile opérant dans le secteur, des organisations du secteur privé et d'autres personnes ressources.

La consultation des acteurs-clé du secteur : le glanage des informations diverses afin de procéder à des croisements et à l'établissement des bilans critiques (stratégie sectorielle de la santé, C2D, aspects organisationnels (pilotage, coordination, régulation, etc.), aspects gestionnaires (gestion et formation des ressources humaines, financement, système d'information sanitaire) et aspects opérationnels (suivi des indicateurs, communication, etc.).

La consultation des documents normatifs et des textes légaux¹⁹⁸ : la collecte et l'analyse des documents de politiques et stratégies, de même que les textes légaux régissant le secteur au regard de leur mise en œuvre ou du niveau d'atteinte des résultats (situation souhaitée à terme) par rapport aux références (situation au départ). Les documents de politiques sectorielles et sous-sectorielles, le DSCE (DSRP de 2^{ème} génération) et son Cadre de Dépenses à Moyen Terme (CDMT), les OMD, les Conventions et accords internationaux ont fait partie de la pile à constituer et à consulter.

Au niveau des institutions nationales, 19 personnes ayant des responsabilités à différents niveaux central (Services centraux), intermédiaire (Délégations régionales de l'Extrême-Nord et du Nord-Ouest) et périphérique (districts sanitaires de Kousseri, Méri, Kaélé, Tokombéré dans l'Extrême-Nord, et de Ndop, Bafut, Kumbo West, Kumbo East, Ndu dans le Nord-Ouest) ont fait partie de notre échantillon, de même que 8 membres de la

¹⁹⁸ Voir l'annexe 2 intitulé contexte juridico-normatif du secteur.

société civile et 4 magistrats municipaux, sollicitées en raison de leur réputation et de leur positionnement dans l'arène politique nationale. Au niveau internationale, 6 personnels des Agences du Système des Nations Unies et 5 de la coopération bi- et multilatérale ont également accepté, au prix de l'anonymat, de se soumettre à l'étude.

Chaque personne a reçu un écrit dans lequel nous énoncions la problématique et le cadre théorique d'analyse. A partir de ce document, nous recherchions le témoignage de ces acteurs qui agissent comme des décideurs centraux et des médiateurs. Chaque personne a été libre d'entamer l'échange comme elle le souhaitait en suivant ou non la trame initiale des questions formulées autour de 4 thématiques (voir annexe 4). Le principe d'éthique et de confidentialité a été respecté tout au long de la recherche, que ce soit lors de la collecte des données ou lors de l'analyse de celles-ci. Aucune personne n'a été contrainte à participer à la recherche ou à répondre aux questions et aucune rétribution n'a été proposée ou attribuée pour l'obtention d'une quelconque participation.

Pour analyser les discours produits lors de ces entretiens, nous présumons que les acteurs, du fait de leur pluralité, allaient énoncer ce qu'ils perçoivent comme situations anormales dans la construction et la mise en œuvre des politiques de santé. Ceci conduit inévitablement à la production d'un discours concurrent sur la qualification d'un même phénomène sous divers angles et une formulation particulière conforme à la vision sectorielle (vérité admise pour le moment) des acteurs. Dans le même temps, il permet d'assigner une identité et un rôle particulier aux différents acteurs concernés, tout en imputant une responsabilité directe ou indirecte à un ou plusieurs acteurs publics. L'enjeu de cette approche est de cerner les rapports de force et les champs de relations en jeu, ainsi que leurs perceptions dominantes, déterminées par des facteurs de type cognitif et normatif.

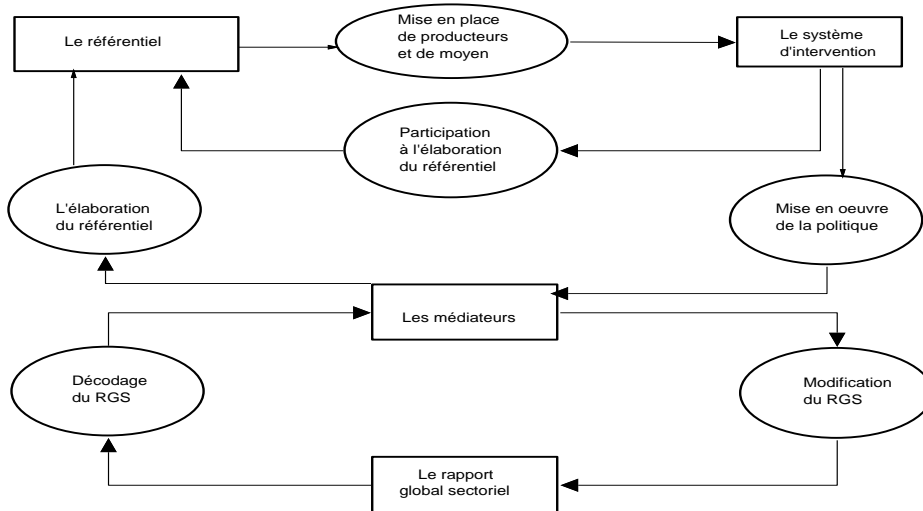
2.2. EXPLICATIONS DU CHANGEMENT DES POLITIQUES DE SANTÉ SUIVANT LES HYPOTHÈSES DE L'« AJUSTEMENT PAR LE HAUT »

Le concept de référentiel dans le processus de politiques publiques « *Policy process* » peut se décomposer en trois éléments d'après MULLER [2000] :

- Le *référentiel global* (RG) qui est une image sociale, une représentation globale de toute la société autour de laquelle vont s'ordonner, se hiérarchiser les différentes représentations sectorielles (cadre macroéconomique). Il balise un champ au sein duquel s'organisent les conflits et les affrontements pour l'imposition d'une définition reconnue comme légitime de l'organisation de la société. Ceci permet d'élucider les relations de l'État avec les différents groupes sociaux organisés ou non, et concernés de manière directe ou indirecte par la problématique sectorielle. En plus, il dessine le cadre cognitif et normatif dominant en fonction duquel les politiques publiques doivent s'ajuster, traduisant ainsi la dissymétrie dans les relations entre le global et le sectoriel ou alors la primauté de certaines normes sur d'autres.
- Le *référentiel sectoriel* (RS) est quant à lui l'image dominante du secteur. Il correspond à la représentation que le groupe dominant se fait de la place et du rôle du secteur à l'échelle de la société. Il n'est ni complètement rationnel (correspond à la perception des groupes dominants), ni complètement arbitraire (l'organisation du leadership par le groupe dominant relève d'un travail de construction d'une hégémonie qui tient compte des groupes qui le composent). Ainsi souvent, la structure même du référentiel reflétera un compromis entre les différentes élites en compétition au sein du secteur. Dans la présente analyse, le référentiel sectoriel touche principalement l'accès équitable aux soins de santé de base ou encore le rapprochement du système de santé aux objectifs des SSP. L'élite est dans ce cas partagée entre le confinement au modèle médical dit hospitalo-centré et le renforcement des approches communautaires en matière de santé.

- *Le Rapport global-sectoriel ou les éléments d'intégration du sectoriel dans le global.*
Ce sont des normes qui articulent ou qui intègrent les deux niveaux de référentiel définis ci-dessus et qui font encore l'objet de vives discussions sur la robustesse des cadres cognitifs et normatifs et leurs répercussions sur la rationalité des politiques publiques. Ces normes prennent souvent la forme de la définition des « nécessités » ou d'obligations impératives pour le secteur. Elles concrétisent par ailleurs l'opération d'encastrement du référentiel sectoriel dans le référentiel global (comment assurer un accès équitable aux soins de santé dans un contexte marqué par des contraintes macroéconomiques intenable, une déliquescence des ressources étatiques et la paupérisation grandissante des populations du fait de la fragilisation continue du tissu économique?). En revanche, il convient de souligner que la nécessité du référentiel global ne saurait être remise en cause malgré les contraintes qu'il exerce sur les différentes politiques publiques sectorielles. Il constitue l'essence même du changement de référentiel sectoriel qui ne saurait s'expliquer en l'absence d'un nouveau cadre cognitif global et, en réalité, normatif, les deux dimensions étant inséparables comme le dénote le graphique 11 ci-après, qui illustre le fonctionnement d'une politique publique.

Graphique 11. Fonctionnement d'une politique publique



Source : *JOBERT et MULLER [1987]*¹⁹⁹

2.2.1. L'édition internationale comme vecteur de diffusion d'une nouvelle vision pour le secteur

L'incidence internationale dans la production des fondements normatifs nous amène à comprendre l'aboutissement du changement de paradigme en matière de santé à partir des mouvements internationaux qui portent et véhiculent de nouveaux modes de représentation. L'effort de légitimation d'un nouveau référentiel participe donc pleinement et de façon dynamique à la conciliation des enjeux identitaires avec quelques déclinaisons qui permettent de saisir les controverses repérées entre l'émergence de nouveaux courants de pensées et les changements institutionnels observés. En traçant le chemin suivi vers la construction d'un modèle de représentation et d'action en matière de santé, nous percevons le cadre international comme un vecteur actif qui diffuse de nouvelles idéologies dont l'enjeu est de donner un angle normatif devant objectiver les orientations politiques nationales en matière de santé. Nous examinons la structure et la teneur des marques énonciatives qui se sont succédé dans l'effort de construction d'un référentiel sectoriel unifié et leur niveau d'application.

¹⁹⁹ JOBERT B., MULLER P. (1987), *L'Etat en action. Politiques publiques et corporatismes*, Paris, PUF, op. cit

2.2.1.1. De la crise des modèles de déterminants de la santé...

Dès le début des années 70, des réflexions critiques émergent principalement des pays anglo-saxons autour de la place qu'occupe le système de soins, et sa contribution en tant que facteur prédominant explicatif de l'état de santé. Les progrès technologiques du monde médical qui ont transformé le système de soins ont certes contribué à allonger l'espérance de vie, mais restent insuffisants pour expliquer le maintien d'un état de santé optimal et le bien-être sanitaire des populations. Cette acception idéologique se matérialise en 1974 dans un rapport officiel publié par Marc LALONDE, alors Ministre canadien de la santé, intitulé « *Nouvelle Perspective de la Santé des Canadiens* », qui propose un modèle conceptuel fondateur permettant d'illustrer les déterminants de la santé en dépassant le système de soins dans la manière de penser la santé. Ce modèle va ensuite connaître des développements ultérieurs à travers les travaux d'EVANS et STODDART [1990]²⁰⁰. Par ailleurs, ceux d'ILLICH [1976]²⁰¹ et MCKEOWN [1976]²⁰² ont fortement contribué à déconstruire l'idée que la seule amélioration du système de soins peut garantir une amélioration significative de la santé des populations.

Le décryptage du modèle appelle à des antagonismes qui ne pourraient cependant invalider son idéologie de départ qui porte l'environnement (physique, social, etc.), au cœur du déterminisme sanitaire au même titre que l'organisation du système de santé. Cette structuration va grandement inspirer l'Organisation Mondiale de la Santé qui ne tardera pas à reconnaître que d'autres facteurs en dehors du système de santé contribuent à déterminer l'état de santé de la population. Ceci va se concrétiser à travers la Déclaration d'Alma-Ata sur les SSP et le mouvement qui s'est développé par la suite dans les pays du Sud autour de l'objectif de « *Santé pour Tous en l'an 2000* »²⁰³.

²⁰⁰ EVANS R., STODDART G. (1990), « Producing health, consuming healthcare », *Social science and medicine* 31 (12), 1347-1363.

²⁰¹ ILLICH I. (1976), *Medical nemesis: the expropriation of health*. New York, Pantheon.

²⁰² MCKEOWN T. (1976), *The modern rise of population*. New York, Academic press Colgrove.

²⁰³ Tous les pays africains sont signataires de la Déclaration d'Alma-Ata de l'OMS, adoptée en 1978, aux termes de laquelle ils se sont engagés à assurer la santé pour tous avant l'an 2000.

Cependant, à la faveur de l'émergence progressive du modèle économique néolibéral dès le début des années 80, l'application des politiques publiques de santé centrées sur les déterminants sociaux de la santé va rapidement faire face à une crise de modèle, dictée par une approche par le marché qui vise prioritairement l'amélioration de l'efficacité et son corollaire, l'efficience du secteur des soins, remplaçant de nouveau l'approche biomédicale de la santé au cœur du débat sur l'orientation politique en matière de santé. C'est ainsi que l'Initiative de Bamako sera officiellement lancée par l'OMS lors de son 37^{ème} Comité Régional en septembre 1987 avec pour postulat de base que « *le malade serait prêt à payer une somme raisonnable pour sa santé, à condition qu'il puisse trouver un service et un personnel de qualité, adapté à sa demande* » [MONEKOSSO, 1989]²⁰⁴.

A partir des évidences empiriques mettant en relief l'importance des facteurs tels que l'éducation, le logement et l'état social au Royaume-Uni, BLACK *et al.* [1980]²⁰⁵ publient un rapport sur les « **Inégalités de santé** » qui fera la Une dans les milieux scientifiques et jettera les bases d'une série d'enquêtes nationales qui confirment l'existence d'un gradient socioéconomique de santé, positionnant les concepts d'inégalités et d'équité dans l'agenda de l'OMS. Le modèle LALONDE refait surface et s'élabore en de nouveaux modèles approfondis centrés sur la question des inégalités socioéconomiques de santé [EVANS et STODDART, 1990²⁰⁶ ; DAHLGREN et WHITEHEAD, 199²⁰⁷] ou la réduction des écarts d'équité en matière de santé [MARMOT et WILKINSON, 2006]²⁰⁸.

a. Le modèle LALONDE

Le modèle LALONDE reste pionnier en matière de conceptualisation d'une approche par les déterminants de la santé. Son élaboration part du constat que le système de soins ne

²⁰⁴ MONEKOSSO G.L. (1989), *L'Initiative de Bamako : quelques principes généraux*. Organisation Mondiale de la Santé, Bureau Régional pour l'Afrique : Brazzaville.

²⁰⁵ BLACK D., MORRIS J. N., SMITH C., TOWNSEND P. (1982), *The Black Report*, Londres, Pelican.

²⁰⁶ EVANS R., STODDART G. (1990), « Producing health, consuming healthcare », *op. cit.*

²⁰⁷ DAHLGREN G., WHITEHEAD M. (1991), *Policies and strategies to promote social equity in health. Background document to WHO - Strategy paper for Europe*, Stockholm, Institute of Futures Studies.

²⁰⁸ MARMOT M., WILKINSON R.G. (2006), *Social determinants of health*. Oxford university press, Oxford.

contribue que faiblement (au regard de l'insuffisante réponse apportée aux problèmes de santé de la population canadienne) à l'amélioration de la santé générale, remettant en cause l'affectation élevée des richesses au secteur de la santé dans les pays développés et la médicalisation à outrance à travers la mobilisation des ressources principalement centrées sur les soins médicaux curatifs. En postulant un dépassement des conditions matérielles de vie et de travail, il propose une conception nouvelle de la santé à travers un paradigme qui permet de se départir d'une approche biomédicale (confinement à l'hospitalo-centrisme) pour une approche plus globale de la santé.

Les fondements théoriques qui soutiennent l'élaboration du modèle distinguent quatre grandes catégories de déterminants : la biologie humaine, l'environnement, les habitudes de vie et l'organisation du système de soins. Ce modèle qui implique une approche multidimensionnelle de la santé place toutes ces catégories sur un pied d'égalité, mais accorde une importance particulière à la responsabilité individuelle en matière d'habitudes de vie (l'emphase est nettement portée sur le rôle central joué par le comportement dans l'état de santé individuel). Le modèle a été critiqué du fait de l'absence d'une catégorisation établie entre les déterminants structurels et comportementaux [HANCOCK, 1986]²⁰⁹ et son caractère peu détaillé qui ne laisse pas facilement s'explicitier et se modéliser les chemins de causalité (*causal pathways*) reliant ces déterminants [EVANS et STODDART, 1990]²¹⁰.

b. Le modèle EVANS et STODDART

Dans un article scientifique publié dans la Revue *Social Science and Medicine*, EVANS et STODDART [1990]²¹¹ ont contribué à réinterroger le modèle LALONDE de manière à apporter des correctifs aux éléments jugés discutables (notamment la question des déterminants individuels) et à le rendre plus compréhensif en introduisant la notion de gradient socioéconomique de la santé. Pour eux, l'importance excessive attribuée aux

²⁰⁹ HANCOCK T. (1986), « Lalonde and Beyond: Looking Back at A New Perspective on the Health of Canadians », *Health Promotion International*, 1 (1), 93-100.

²¹⁰ EVANS R., STODDART G. (1990), « Producing health, consuming healthcare », *Social science and medicine op. cit.*

²¹¹ Ibid

habitudes de vie occulte la catégorie « réaction individuelle » née de l'interface entre les déterminants environnementaux et l'état de santé, et annonce l'émergence de l'articulation entre facteurs structurels et comportementaux dans l'explication de l'état de santé. La construction progressive du binôme **pathologie – système de santé** fait apparaître la problématique des inégalités (ou inéquités) de santé, qui renvoie à des déterminants non médicaux de la santé et de la maladie.

Ce modèle s'articule autour de 6 catégories, et souligne avec force l'idée d'une dimension multifactorielle de la santé : le patrimoine génétique, l'environnement social, l'environnement physique, le système de soins ; la réaction individuelle et la prospérité. L'apparition de la thématique des **inégalités de santé** découle du rapport BLACK qui est de plus en plus soutenu par des données probantes et préfigure le débat sur les modalités d'articulation entre l'approche structuraliste et l'approche comportementale dans l'explication des inégalités en matière de santé.

c. Le modèle DAHLGREN et WHITEHEAD

Le modèle DAHLGREN et WHITEHEAD a été élaboré dans l'optique d'organiser la réflexion sur les déterminants en utilisant une grille de décryptage portée sur l'**équité**. La publication en 1990 du document intitulé « *Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health* », discute le cadre théorique et les modalités pour opérationnaliser au niveau des politiques publiques l'approche par les inégalités (ou inéquités) de santé. Pour WHITEHEAD, l'équité porte une dimension à la fois morale et éthique et renvoie aux inégalités injustes, voire évitables difficile à illustrer au niveau sociétal :

« ... *equity has a moral and ethical dimension. It refers to differences which are unnecessary and avoidable but, in addition, are also considered unfair and unjust. So, in order to describe a certain situation as inequitable, the cause has to be examined and judged to be unfair in the context of what is going on in the rest of society* » WHITEHEAD [1990]²¹².

²¹² WHITEHEAD M. (1990), *The concept and principles of equity in health*, Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.

Il assimile alors la notion d'**égalité** à celle d'**équité**, en raison du caractère ambigu de sa compréhension qui n'intègre pas toujours la dimension d'injustice, voire celle d'évitable. Bien que cette proposition soit retenue par l'OMS, plusieurs auteurs préfèrent maintenir la distinction [KAWACHI et KENNEDY, 2005]²¹³ parce qu'ils considèrent que la science ne peut pas, du fait de l'équité qui implique un jugement normatif, à elle seule déterminer quelles inégalités sont inéquitables, ni quelle proportion d'une inégalité observée est injuste.

Le modèle se présente sous forme de couches circulaires qui s'encastrent en arc-en-ciel en faisant ressortir : les conditions générales socioéconomiques, culturelles et environnementales, les conditions de vie et de travail, les réseaux sociaux et communautaires, le style de vie et les facteurs individuels comme l'âge, le sexe et le patrimoine génétique. Organisé ainsi, ce modèle à consonance néo-structuraliste s'appuie sur la question des inéquités de santé faisant ressortir la dimension cumulative des conditions matérielles et sociales comme des facteurs clés qui conditionnent l'état de santé à long terme des individus. En introduisant une perspective de trajectoire de vie, elle éclaire à travers trois entrées (les facteurs de risque, les facteurs promouvant la santé et les facteurs protégeant la santé) la dynamique d'articulation des déterminants de la santé d'un point de vue cognitif. La logique d'emboîtement des niveaux traduit l'idée de la santé comme un construit dynamique qui amène à penser les inégalités de santé et à imaginer en conséquence les modalités d'organisation des politiques publiques, agissant directement ou indirectement sur la santé à travers des niveaux d'actions différents, mais cohérents.

d. Le modèle CDSS

Le modèle CDSS est le fruit du groupe de travail qui porte son nom (Commission sur les Déterminants Sociaux de la Santé) dirigé par Michael MARMOT sous l'égide de l'OMS qui poursuivait un triple objectif : (1) comprendre les causes profondes des différences de santé entre groupes sociaux, (2) clarifier les chemins entre ces causes profondes et les différences marquées de l'état de santé des populations et, (3) identifier les meilleures voies pour réduire ces inégalités. L'équité en matière de santé demeure le fil conducteur de son cadre théorique qui s'articule selon une logique hiérarchique qui distingue trois

²¹³ KAWACHI I., KENNEDY B.P. (1997), « Health and social cohesion: why care about income inequality? », *British Medical Journal*, 5(314), 1037–1040.

composantes fondamentales : (1) au niveau macro, le contexte socio-économique et politique ; (2) au niveau méso, les déterminants structurels des inéquités de santé et le statut socio-économique et (3) au niveau micro, les déterminants intermédiaires de santé. Au-delà du consensus scientifique trop large dont il a bénéficié, le modèle se distingue surtout par son objectif affiché de clarification des *causal pathways*, ce qui ouvre potentiellement la voie à un travail de quantification du poids relatif de chaque catégorie de déterminants.

En revanche, l'extension du modèle et son adoption universelle ne s'est pas fait sans critiques, dont celles de KRIEGER [2008]²¹⁴, notamment sur la « confusion créée » par la séparation spatio-temporelle des mesures d'espaces et leur relation avec la force des liens de causalité ; ceci dans la mesure où le même phénomène peut intervenir au même moment à tous les niveaux, et que des liens de causalité non linéaires peuvent produire des effets immédiats et à long terme entre les niveaux, quel que soit la distance qui les sépare.

2.2.1.2. ...à la construction inachevée d'un nouveau répertoire de représentations et d'action

Comme dans la quasi-totalité des pays subsahariens, la régulation du système de santé camerounais a été marquée par deux ruptures conceptuelles fondées soit sur l'arbitrage entre l'*efficacité* et l'*équité*, soit sur les modalités d'intervention de l'État pour plus d'efficacité et d'équité [TIZIO, 1998²¹⁵ ; GADREAU et TIZIO, 2000²¹⁶ ; RIDDE et GIRARD, 2004²¹⁷]. Ces deux ruptures sont essentiellement : (i) l'Initiative de Bamako (1987) qui rompt avec les politiques fondées sur la Déclaration d'Alma-Ata (1979) et ; (ii) les orientations formulées par la Banque Mondiale et autres organisations internationales et

²¹⁴ KRIEGER N.A. (2008), « Proximal, distal and the politics of causation: what's level got to do with it ? » *Government, Politics and Law*, 98(2), 221-230.

²¹⁵ TIZIO S. (1998), « La participation communautaire dans les politiques de santé subsahariennes : un égalitarisme dénaturé ? », in MEHAUT P. & MOSSE P. (Dir) : *Les politiques sociales catégorielles. Fondements, Portée et Limites*, Tome 2, L'Harmattan, 533-554.

²¹⁶ GADREAU M., TIZIO S. (2000), « Quels fondements pour les politiques sanitaires subsahariennes », *Economies et Sociétés*, série R, 11, 241-266.

²¹⁷ RIDDE V., GIRARD J-E. (2004), « Douze ans après l'initiative de Bamako : constats et implications politiques pour l'équité d'accès aux services de santé des indigents africains », *Santé Publique*, 41, 37-51.

qui s'inspirent des fondements éthiques contractualistes en consacrant un rapprochement entre l'équité et l'efficacité dans les interventions sanitaires. L'effort d'alignement tant opérationnel que cognitif des politiques nationales va conduire à réformer l'organisation sanitaire suivant des schémas décisionnels standardisés en considérant la santé non plus comme un rétablissement à l'épreuve pathologique, mais comme une exigence éthique universelle qui fonde la légitimité de toute démarche politique en sa faveur.

Ces ruptures idéologiques qui illustrent la difficile marche vers une vision sectorielle unifiée permettent de distinguer trois grands moments de politiques sanitaires subsahariennes : le premier correspond aux politiques égalitaristes de « *Santé pour Tous en l'an 2000* » (époque de mise en œuvre de la Déclaration d'Alma-Ata de 1979 – penchant pour l'*équité*) ; le second est celui qui a vu se développer les réformes venant compléter la stratégie de participation communautaire des SSP et le recouvrement des coûts des soins auprès des malades (IB, 1987 – penchant pour l'*efficacité*) et ; le troisième est celui qui plaide pour l'égalité des chances d'accès et le principe d'efficacité à travers les contrats sociaux pour plus d'équité et d'efficacité dans les systèmes de santé, autrement dit, une certaine socialisation des dépenses privées de santé (agrégation *efficacité-équité*).

a. La mise en œuvre des SSP définis lors de la Déclaration d'Alma-Ata

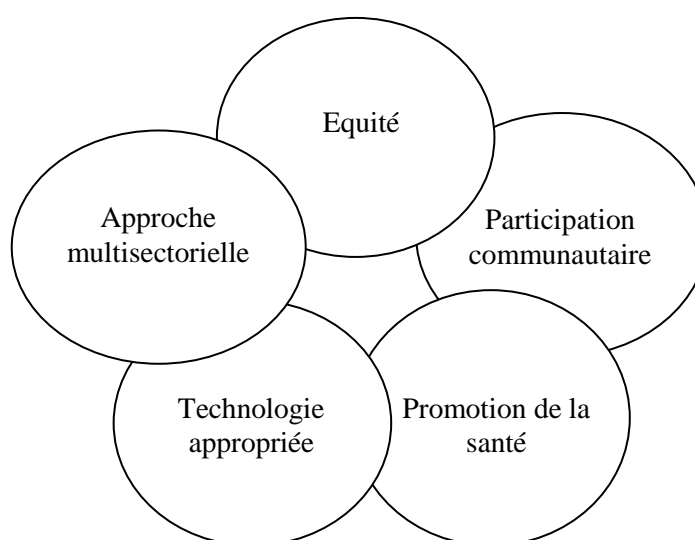
Les politiques sanitaires des années 80 ont été guidées par la Déclaration d'Alma-Ata (1979) qui donnait une dimension communautaire à la santé publique. Les gouvernements devraient, suivant les principes édictés, mettre en place au sein des communautés un système de participation et de repérage des besoins de santé en tirant le plus large parti possible des ressources locales. Elle marquait ainsi la primauté d'une logique civique dans l'organisation des politiques de santé sur la logique domestique qui préexistait jusqu'alors [TIZIO, 2005]²¹⁸.

Cette époque est également marquée par la prépondérance de l'État dans tous les domaines de la vie économique sous la tutelle de l'État-providence. Elle prône suivant la

²¹⁸ TIZIO S. (2005), «Trajectoires socio-économiques de la régulation des systèmes de santé dans les pays en développement: une problématique institutionnelle », *Mondes en Développement*, 33 (131), 45-58.

conception égalitariste de la justice sociale les SSP comme approche de renforcement des systèmes de santé suivant un financement collectif et obligatoire. Cependant, elle se fera très rapidement rattraper par la conception néolibérale qui appelle à la responsabilité financière de l'utilisateur mettant en jeu sa solvabilité [TIZIO et FLORY, 1997]²¹⁹. L'articulation des politiques nationales de santé avec les SSP aura été immédiate même si la portée à laquelle certains de ses éléments fondamentaux comme l'*équité*, la *participation communautaire*, le *financement de la santé* et la *collaboration intersectorielle* est demeurée limitée.

Graphique 12. Les éléments de la stratégie des SSP (d'après WHO, 1978)²²⁰



b. La mise en application des principes de l'Initiative de Bamako

Dès la signature par les Etats de la Déclaration d'Alma-Ata et la définition des stratégies nationales de sa mise en œuvre, des inquiétudes vont apparaître contre les SSP jugées trop coûteuses et irréalistes. Ce constat, accentué par le passage du paradigme keynésien au paradigme néolibéral va amener les politiques sanitaires à être davantage guidées par les impératifs d'*efficacité* plutôt que d'*équité*. Au même moment, les SSP seront vidés de leur contenu et un trait sera tiré sur la nécessité d'intervenir sur tous les secteurs qui influent

²¹⁹ TIZIO S., FLORY Y-A. (1997), « L'initiative de Bamako : santé pour tous ou maladie pour chacun ? », *Revue Tiers Monde*, 38, 837-858.

²²⁰ WHO. (1978), *Declaration of Alma-Ata, International Conference on Primary Health Care*, Alma-Ata, USSR, WHO : 79.

sur la santé, sur la question de la répartition des richesses ainsi que sur la participation des communautés à tous les niveaux des politiques de santé. C'est une époque qui plaide pour un certain recouvrement des coûts (fixation de tarifs des prestations) et une participation communautaire avec la création des comités de gestion. Cette introduction de la rationalité économique dans le système de santé pose naturellement la question de l'amélioration de l'efficacité des dépenses publiques de santé sans nuire à l'équité.

Dans plusieurs pays, la notion de SSP deviendra sélective et aboutira à la mise en place des *paquets minimum de soins* visant l'amélioration des soins de la mère et de l'enfant, et le contrôle des grandes endémies. Les domaines d'actions vont se concentrer sur la vaccination, l'offre de soins primaires, la politique de médicaments essentiels (génériques visant à en faciliter l'accès). La gratuité va se réduire à certaines prestations comme la vaccination des enfants (Programmes Elargi de Vaccination) et la protection maternelle et infantile. Le principe de mise en œuvre de la *contributivité* deviendra la figure centrale d'un « modèle social » en quête de légitimité. Ce qui renforce l'idée de BOURDIEU et WACQUANT [1992] qui prennent leurs distances avec les modèles purement déterministes dérivant l'action des individus strictement des structures : « ...loin d'être le produit automatique d'un processus mécanique (du type *structure → habitus → structure*), la reproduction de l'ordre social s'accomplit seulement à travers les stratégies et les pratiques [...] comme une réalité transcendante, sur laquelle ils n'ont pas de prise »²²¹.

c. La contractualisation ou l'orientation sélective pour plus d'équité dans les politiques sanitaires efficaces

Cette époque, encore peu circonscrite, postule que l'idéal égalitaire de l'état de santé des populations doit être abandonné pour rechercher l'équilibre non pas des états de santé en tant que tels, mais des possibilités effectives d'accéder à l'état de santé souhaité. Il s'agit alors d'exprimer une certaine égalité d'accès tout en garantissant l'efficacité des politiques qui les soutiennent. Cette approche renforce le lien déjà évident entre la protection sociale et la demande de santé, et explique la nécessité de plus en plus envisagée du jumelage des politiques sanitaires et de protection sociale, née des transformations intervenues dans les

²²¹ BOURDIEU P., WACQUANT L. J. D. (1992), *Réponses*, Paris, Le Seuil, p.114.

conditions économiques et sociales. Une bonne partie des questions sanitaires se posent de plus en plus à travers la protection sociale et en particulier de la sécurité sociale.

La sécurité sociale répond dans ce contexte à une « *obligation d'ordre public* » selon l'expression de ROSAVALLON [1995]²²² et se situe en parfaite adéquation avec l'approche à deux composantes de gestion des risques sociaux²²³ prônée par la Banque Mondiale à savoir : une composante « protectrice » – fournir l'appui – et une composante de « promotion » – gérer les risques. Ceci exige des politiques publiques de santé le développement des paquets de services destinés à des personnes ou à des groupes sociaux spécifiques suivant des critères de sélection et avec la pleine participation des groupes concernés à travers des partenariats public-privé ; cette approche s'impose de plus en plus comme le nouvel hybride institutionnel à la mode. L'égalité résulte dans ce sens d'une négociation entre cocontractants et se détermine dans le cadre d'un processus de discussion argumentative.

Les approches de ciblage sur lesquelles reposent ces nouvelles politiques publiques doivent être arrêtées non seulement au niveau institutionnel (politique), mais rester les plus participatives et adaptées (interactions avec le niveau communautaire) avec des critères de sélection choisis et appliqués pour et avec les communautés. L'incidence de ces stratégies de ciblage en fonction des priorités, et l'observation d'une meilleure coordination dans leur mise en œuvre peuvent porter des fruits, à condition d'adopter une approche intégrée. Les politiques sanitaires efficaces et équitables doivent s'appuyer sur des stratégies qui prennent en compte non seulement la pauvreté monétaire, mais aussi des éléments tels que les privations matérielles, l'insuffisance de la participation sociale et l'exposition aux risques.

²²² ROSAVALLON P. (1995), *La nouvelle question sociale. Repenser l'Etat-Providence*, Le Seuil, Paris, p.71.

²²³ L'élaboration de politiques en termes de gestion des risques sociaux permettrait aussi, selon certains auteurs de mieux appréhender et de comparer les politiques publiques en fonction des pratiques et non plus uniquement en fonction des modèles occidentaux bismarckiens ou beveridgiens [DE NEUBOURG et WEIGAND, 2000].

2.2.1.3. *L'encastrement social de la santé : vers un nouveau référentiel sectoriel en faveur de l'accessibilité ?*

La compréhension de la dynamique de façonnement du référentiel sectoriel de la santé qui exprime une démarcation entre le modèle classique curatif et l'égalisation des chances d'accès et de traitement pour toutes les catégories permet, non seulement d'appréhender la construction d'un modèle plus social de la santé, mais aussi le degré de recentrage de la question de l'accessibilité aux soins dans le discours international. L'évolution de ce schéma comme référence internationale s'est faite progressivement autour des idéologies émergentes au fur et à mesure que les logiques d'action se construisaient (à travers les modèles de la santé présentés à la section précédente – 2.2.1.2.) pour régler la contrariété d'une efficacité immédiate et d'un pragmatisme de l'action en faveur de l'équité.

L'approche dénommée « *promotion de la santé* » définie dans la Charte d'Ottawa de l'OMS [1986] offre un cadre théorique et d'intervention qui se veut global et cohérent, et conçoit les stratégies de manière synergique, prenant à témoin la multi-causalité des déterminants de la santé en référence au modèle LALONDE. Cette Charte définit la **promotion de la santé** comme « *un processus qui confère aux individus et aux populations les moyens de gérer ou d'améliorer leur propre santé* ». L'interventionnisme étatique ne devrait plus simplement être directif, mais accompagnateur, d'où l'émergence des vocables d'*enabling* (facilitant) et d'*empowerment* (habilitant) qui confèrent aux populations le pouvoir d'acquérir une autonomie et d'assumer leurs responsabilités en matière de santé. Cette approche se fonde sur l'objectif de réduction des inégalités de santé à travers une combinaison de mesures visant les déterminants et les mécanismes de formation des inégalités sociales de santé : actions en amont sur les déterminants de l'état de santé, et en aval sur la qualité de services et l'accessibilité aux soins curatifs et préventifs.

L'accès aux soins renvoie aux possibilités de parvenir à un état de santé optimal en bénéficiant de tous les accompagnements médicaux et médico-sociaux existants, qu'ils soient préventifs, curatifs ou promotionnels, ce qui intègre les notions de volume de soins, de trajectoires suivies et de qualité de soins reçus du système en place. La notion d'accessibilité intègre donc les comportements de recours thérapeutique ainsi que la

capacité du système à offrir les différents services nécessaires à la santé et au bien-être de chacun. Face à un tel modèle, les actions sur les inégalités s'orientent vers des politiques publiques qui prônent la mise en place des dispositifs participatifs ou à assise communautaire permettant de susciter la demande de santé et des interventions au niveau du système de santé permettant d'améliorer la quantité et la qualité de l'offre.

Les Chartes d'Ottawa (1986) puis de Jakarta (1997) ont permis aux instances internationales d'élargir la signification des concepts relatifs à la santé, pour les adapter aux évolutions sociétales et les traduire ultérieurement en mesures concrètes (tableau 6). Ainsi, la santé, initialement comprise comme *l'absence de maladie*, se comprend désormais comme « *une ressource de la vie quotidienne, et non le but de la vie ; un concept positif mettant en valeur les ressources sociales et individuelles, ainsi que les capacités physiques* » [OMS, 1986]²²⁴. Les besoins des populations ne recouvrent plus seulement des concepts pathologiques, mais aussi des indicateurs de santé positifs, une analyse des relations avec la communauté et l'environnement, un capital santé évolutif, etc.

Sans se départir complètement des valeurs d'efficacité et d'efficience, les deux Chartes qui marquent l'histoire de la santé publique mondiale restent basées sur le même appareillage théorique qui mobilise le système de santé ainsi que les déterminants médicaux et non médicaux de la santé pour permettre une meilleure compréhension des facteurs favorables à l'évolution de l'état de santé. Ce cadre a conduit, aux niveaux régional et national, à la définition des engagements qui vont guider les réformes en matière de santé, dont : la Charte de développement sanitaire faisant des SSP la stratégie essentielle en vue d'atteindre l'objectif de *Santé pour Tous en l'an 2000* (Alma-Ata, 1978) ; le développement des systèmes de santé à trois niveaux (Conférence de Lusaka, 1985) ; l'adoption du système de santé de district décentralisé (Conférence Interrégionale de l'OMS à Harare, 1987) ; la Déclaration sur la santé comme pierre angulaire du développement (Sommet des Chefs d'État de l'OUA, 1987) et la réorientation des SSP en tant qu'initiative de relance de la stratégie définie à la conférence d'Alma-Ata (Conférence de Bamako, 1987).

²²⁴ ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE – OMS (1986), *Charte d'Ottawa* pour la promotion de la santé. WHO/HPR/HEP/95.1. OMS, Genève, 1986.

Tableau 6. Chartes de l'OMS pour la promotion de la santé

Charte d'Ottawa (1986)	Charte de Jakarta (1997)
<ul style="list-style-type: none"> - Etablir une politique publique saine. - Créer des milieux favorables à la santé. - Renforcer l'action communautaire pour la santé. - Acquérir des aptitudes individuelles. - Réorienter les services de santé. 	<ul style="list-style-type: none"> - Promouvoir la responsabilité sociale pour la santé. - Augmenter les investissements pour le développement sanitaire. - Développer les partenariats pour promouvoir la santé. - Accroître les capacités des communautés et donner des moyens d'agir aux individus. - Mettre en place une infrastructure de promotion de la santé.

2.2.2. La construction économico-dépendante de la politique publique (SSS) et la mise à mal du référentiel d'accessibilité

Comme un champ où se multiplient les rationalités pouvant s'affronter, l'analyse des politiques publiques se fonde sur des théories purement décisionnistes de l'Etat, qui considèrent la décision politique comme le résultat d'un choix rationnel entre plusieurs options possibles [SUREL, 1998]²²⁵. Si l'on considère le processus d'élaboration des politiques publiques comme l'occasion du déploiement des stratégies par les acteurs qui partagent des préférences théoriques et normatives souvent différentes, il est également opportun de le percevoir comme un enjeu de pouvoir au sens large. L'analyse des politiques publiques nécessite donc un effort de compréhension de la normativité qui s'impose à travers les schémas interprétatifs qui font référence dans le secteur. Parfois, on peut être amené à insister sur les processus non rationnels qui aboutissent à la décision politique et qui expliquent les évolutions asymétriques entre le global et le sectoriel.

²²⁵ SUREL Y (1998), « Idées, intérêts, institutions dans l'analyse des politiques publiques », *Pouvoirs*, 87, 161-178.

L'absence d'une instance formelle de concertation intra- et intersectorielle aux différents niveaux de la pyramide sanitaire et la faiblesse du rôle joué par l'Etat dans la régulation du secteur²²⁶ figurent au rang des causes des changements peu mûris observés qui ont amené l'action publique à s'aligner systématiquement aux priorités des dispensateurs d'aide et des mécanismes financiers internationaux. Il ne s'agit cependant pas de la cause unique, ni même probablement de la cause principale. Comme déjà passablement évoqué dans les discussions précédentes, les questions récurrentes de la distribution très inégalitaire des soins, de la *marchéisation* de cette dernière et des effets négatifs qui en résultent, expliquent le constat d'un éloignement progressif des principes originels de l'IB dont la mise en œuvre conserve un caractère inachevé.

La caution du référentiel dans ce cadre découle de regroupements issus de deux types de relais : l'économie de la santé, productrice d'un langage le plus souvent d'obédience néoclassique (porté par la communauté financière internationale), et l'édiction internationale (diffusée par les organisations internationales qui promeuvent le développement humain) génératrice de chiffres et du corpus théorique en faveur de l'accessibilité. La production de modèles et d'argumentaires par ces derniers met en place des ressources théoriques d'élaboration des politiques publiques tout en fabriquant les outils des réformes (les changements institutionnels). Nous nous positionnons sur un châssis analytique qui a l'avantage de faciliter non seulement la compréhension des métalangages des représentations marchandes qui pèsent sur le référentiel sectoriel, mais aussi de leurs interactions avec le « *sens commun réformateur* » véhiculé par les institutions considérées comme étant légitimes au regard de l'objectif poursuivi (l'Organisation Mondiale de la Santé dans notre cas). L'approche de l'ajustement par le haut nous amène à centrer notre analyse sur les lieux d'élaboration de la SSS comme modèle de politique publique, et non sur la réinterprétation et la traduction par les acteurs locaux. Les interviews sur le terrain à travers une grille d'analyse exploratoire concourent donc uniquement à valider les critiques auxquelles le processus politique est soumis. Les

²²⁶ Le consensus est presque acquis sur l'absence d'un pilotage et d'une coordination véritable du secteur, actuellement cadré par la SSS. Le document de SSS prévoyait la mise en place d'une cellule de pilotage d'appui technique au Minsanté, organe qui n'a vu le jour à mi-parcours (2006). L'effectivité de cette structure et son opérationnalité ne se font pas encore ressentir, ce qui reste dommageable pour l'ensemble des acteurs. Le cadre conceptuel de pilotage méthodologique et programmatique annoncé n'a été validé qu'en 2008. La multiplication des comités visant à formaliser divers aspects de la réforme du secteur traduit également le peu d'appropriation et la faible capitalisation des études réalisées par les différents partenaires.

débats qui ont mis en scène les acteurs se situent au niveau des fora qui sont des lieux où la confrontation de représentations « *se déroulent autour d'enjeux et de règles d'argumentation spécifiques* » [JOBERT et THERET, 1994]²²⁷ qui dans le cas présent peuvent être assimilés à une forme de communautés de politique publique.

L'approche des « communautés épistémiques » offre un cadre d'analyse pertinent en ce sens qu'elle s'attache au processus par lequel le consensus est atteint au sein d'un domaine d'expertise donné, et à partir duquel la connaissance consensuelle est diffusée à d'autres acteurs [HAAS, 1992]²²⁸. C'est pourquoi nous essayons de déterminer quelles connaissances font l'objet d'un consensus au cours du processus politique (*policy process*) et dans quels cercles se produisent et se diffusent des convictions partagées qui vont l'influencer. L'objet est de répondre à trois questions spécifiques : Qui sont les médiateurs et comment sont-ils amenés à exercer leur rôle de médiation ? Quels sont les ressorts des conflits auxquels ils se confrontent ? Quels moyens ces supposés médiateurs mobilisent-ils pour gérer les frictions à l'épreuve ?

2.2.2.1. Les communautés épistémiques et leurs stratégies d'influence

Le champ politique de la santé s'avère être un lieu fécond qui cristallise un équilibre dans la confrontation des intérêts portés par des organes de représentation et par une pluralité d'élites plus ou moins organisées. En considérant les communautés épistémiques comme étant des entités mouvantes [MEYER et MOLYNEUX-HODGSON, 2011]²²⁹, nous cherchons à recentrer le jeu d'acteurs qui participe à la construction du changement, car ces communautés constituent en elles-mêmes l'échelle privilégiée de description de la cognition sociale. Il convient donc, tout en tenant compte de l'importance des idées, des connaissances et de l'expertise technique dans la transformation des principes et initiatives qui incitent au changement, d'éviter de sous-estimer la capacité d'initiatives et d'actions d'autres protagonistes du processus politique (notamment au niveau décentralisé), même

²²⁷ JOBERT B., THERET B. (1994), *Le tournant néo-libéral en Europe : idées et recettes dans les pratiques gouvernementales*, Paris: L'Harmattan

²²⁸ HAAS P. (1992), « Introduction : Epistemic Communities and International Policy Coordination », *International Organisation*, 49(1), 1-35.

²²⁹ MEYER M., MOLYNEUX-HODGSON S. (2011), « Communautés épistémiques : une notion utile pour théoriser les collectifs en sciences », *Terrains et Travaux*, 18, 141 – 154.

si le postulat de la supériorité de la régulation par le haut (*top down focus*) s'applique parfaitement dans le secteur. Ce schéma d'analyse permet de saisir les liens, les réseaux et les pratiques entre acteurs divers. Avant de montrer comment cette dynamique se construit, il convient tout d'abord de donner un contenu opérationnel à la notion de « communauté épistémique ».

a. Définition des communautés épistémiques

Les « communautés épistémiques » renvoient généralement aux canaux par lesquels de nouvelles idées circulent au sein des groupes concernés par la production et la diffusion de connaissances et à la façon dont elles arrivent à influencer les politiques. Ces canaux prennent généralement la forme d'un collectif de personnes ayant une expertise dans un domaine donné, expertise qui se traduit notamment par des compétences reconnues, une légitimité et une autorité en matière de production de connaissances [MEYER et MOLYNEUX-HODGSON, 2011]²³⁰. Cette acception les situe dans la lignée proposée par Peter HAAS qui assimile une communauté épistémique à tout type de collectifs d'agents manipulant des savoirs tout en mettant en exergue leur rôle de régulateurs dans le processus politique : « *a network of professionals with recognized expertise and competence in a particular domain and an authoritative claim to policy-relevant knowledge within that domain or issue-area* » [HAAS, 1992]²³¹. Pour sa part, ENGUELEGUELE [1998]²³² utilise la notion de communauté épistémique pour traduire l'émergence des réseaux d'experts ou « *think tanks* » qui, par la diffusion des idées, structurent une politique nationale ou internationale.

La définition qui nous semble la plus complète pour être adoptée dans notre travail reste celle de HAAS [1992]²³³ qui décrit une communauté épistémique comme étant « un réseau

²³⁰ MEYER M., MOLYNEUX-HODGSON S. (2011), « Communautés épistémiques : une notion utile pour théoriser les collectifs en sciences », *Terrains et Travaux*, *op. cit.*

²³¹ HAAS P. (1992), « Introduction : Epistemic Communities and International Policy Coordination », *International Organisation*, 49 (1), 1-35.

²³² ENGUELEGUELE S. (1998), « Les communautés épistémiques pénales et la production législative en matière criminelle », *Droit et Société*, 40, 563-581.

²³³ Ibid

de professionnels disposant d'une compétence reconnue dans un domaine particulier et qui revendique avec autorité leur connaissance politique dans ce domaine. Même si une communauté épistémique peut réunir des professionnels de discipline d'origine variée, ils partagent : 1) une même croyance dans un ensemble de normes et de principes qui permettent de définir une base raisonnée de valeurs pour l'action sociale des membres de la communauté, 2) les mêmes croyances causales qui découlent de leur observation des pratiques responsables des principaux problèmes qui se posent dans leur domaine et qui permettent de clarifier les multiples liaisons pouvant exister entre les actions politiques possibles et les résultats désirés, 3) les mêmes notions de validité, c'est-à-dire des critères intersubjectifs et définis de manière interne pour mesurer le poids et la validité d'une connaissance dans leur domaine de compétence, et 4) une même initiative politique, c'est-à-dire un ensemble de pratiques communes associée à un ensemble de problèmes vers lequel leur compétence professionnelle est dirigée, sans qu'il y ait probablement la conviction que le bien-être humain s'en trouvera amélioré ». Ces communautés épistémiques, en constituant une entité sociocognitive permettent de comprendre la façon dont elles se forment, interagissent vis-à-vis des formes de rationalité collective qui se conçoivent et, les types de processus de collaboration qui les animent.

Pour CONEIN [2004]²³⁴, une communauté épistémique suppose une dynamique d'action collective où les processus cognitifs se construisent dans des contextes de coordination suivant trois modalités : identitaire (adhésion en lien avec la reconnaissance), cognitive (informations, conseils, connaissances) et de rationalité collective suivant une logique d'entraide et de confiance. Nous saisissons cette mise en valeur du rôle des processus cognitifs à travers les échanges de connaissances dans notre approche compréhensive d'analyse des politiques publiques. Une communauté épistémique a pour objectif de fournir l'information nécessaire aux politiques pour réduire l'incertitude sur un sujet donné. Elle prend alors une place importante dans le processus politique, et ceci de manières différentes.

²³⁴ CONEIN B. (2004), Les communautés informatiques comme communautés épistémiques, In E. DELAMOTTE (dir.), *Économie des biens d'apprentissage*, Villeneuve d'Ascq, Presses Universitaires du Septentrion, 2004.

b. Des communautés épistémiques qui expriment un conflit de paradigmes

Pour rendre compte de la nature des groupes d'acteurs constitués des personnes ayant des rôles et des savoir-faire spécifiques qui doivent absolument communiquer et échanger entre elles et donc se comprendre, nous attribuons aux communautés épistémiques des étiquettes permettant de mieux les appréhender. Elles permettent de rendre compte des préférences cognitives et normatives par lesquelles elles produisent des matrices conceptuelles de renouvellement de l'action publique suivant la conception globale qui les anime et qui les rend cohérent et durable (les paradigmes) :

La *communauté internationale* joue un rôle central dans la médiation et se subdivise en 2 sous-groupes. Le premier sous-groupe véhicule un discours qui vise à rendre l'action publique conforme au paradigme ultralibéral – la communauté financière internationale constituée des principaux créanciers publics de l'Etat, notamment le FMI et la Banque Mondiale. Ce sous-groupe soutient qu'il existe une co-dépendance entre les conditions internes et externes de la croissance économique et l'émancipation politique auxquelles aucun acteur international ne peut échapper (*référentiel d'efficacité/d'efficience*)²³⁵. Le second sous-groupe est constitué des organisations internationales de développement qui assurent la défense des obligations internationales d'équité (*référentiel de justice sociale*) et par conséquent qui ont la responsabilité collective d'apporter un éclairage cognitif et d'influencer la sphère politique à adopter les références normatives que postule l'édiction internationale.

La *communauté des praticiens* regroupe essentiellement les professionnels de la santé du niveau central qui tiennent les commandes de la locomotive réformatrice en revendiquant

²³⁵ Il existe une opposition traditionnelle entre les notions d'*efficacité* ou d'*efficience économique* qui, aux yeux de la plupart des économistes, surtout classiques, stimulent la croissance et celle d'*équité* (que Rawls rapproche à la justice sociale) qui est vue comme réduisant les inégalités et freinant la croissance.

Le critère de justice défendu par la théorie utilitariste est en effet la maximisation d'un bien-être collectif défini comme la somme des utilités de chacun des individus, il n'existe pas dans ce cadre d'optimum économique qui se révèle préférable à un autre, quelles que soient leurs configurations plus ou moins inégalitaires. Les réformes économiques et sociales ne sont alors justifiées que si elles aboutissent à se rapprocher d'un équilibre « optimal », c'est-à-dire si elles permettent d'améliorer la situation de certains agents sans détériorer la situation d'aucun autre. D'autres analysent plutôt cette relation comme un cercle vertueux dans lequel les politiques axées sur l'équité favorisent aussi la croissance économique.

le monopole de l'expertise médicale. Elle est partagée entre aspiration professionnelle et reconnaissance sociale acquise au moyen du prestige que procure l'approche biomédicale (paradigme de l'hospitalo-centrisme). Ces professionnels constituent l'élite médicale qui n'a pas toujours une image valorisée de l'approche préventive et promotrice de la santé (paradigme de la promotion de la santé). Le déséquilibre des rapports d'influence au sein de ce groupe de producteurs, dû à la forte centralisation qui régit encore le secteur, est de nature à effriter toute plus-value espérée de la participation des représentants régionaux au comité technique de pilotage²³⁶. Nous ne l'analysons pas dans notre travail, car nous nous focalisons sur les médiateurs, c'est-à-dire les groupes actifs qui vont permettre l'harmonisation du référentiel global et du référentiel sectoriel.

La *société civile* nationale représentative du mouvement associatif qui dispose d'une capacité de mobilisation de l'opinion publique à même d'influencer la décision politique bien que les organisations qui s'y retrouvent n'aient pas toujours un socle d'engagements normatifs commun. Elle interagit à travers le déploiement dans des réseaux de plaidoyer ou *advocacy coalition frameworks* (ACF)²³⁷ et utilise les répertoires d'action formels et/ou informels des *policy networks* (campagnes, scandalisation, médias, etc.) pour faire entendre sa voix par les décideurs politiques. Elle se constitue de réseaux d'acteurs qui évoluent assez rapidement, étant constamment à la recherche d'un consensus qui se forge autour des thématiques changeantes.

c. Le jeu d'acteurs dans la médiation

Le schéma d'élaboration de la SSS se réduit à une succession linéaire de séquences qui pose naturellement un problème méthodologique de repérage des acteurs impliqués dans

²³⁶ Nous faisons ici référence au fossé qui existe entre les besoins, formellement établis, en services de santé peu coûteux et ne nécessitant qu'une technologie de base, et les aspirations de la plupart des professionnels de la santé, encore portées sur le prestige et la reconnaissance sociale liées à l'hospitalo-centrisme : « ... *les présupposés et les valeurs de la plupart des professionnels influents du secteur de la santé diffèrent de ceux sur lesquels reposent les soins de base* » [BJÖRKMAN, 1998].

²³⁷ L'*advocacy coalition frameworks* ou ACF offre un cadre de conceptualisation des processus politiques qui prend la forme de *luttres* et de processus de *négociation* et d'*apprentissage* entre un certain nombre de *coalitions advocatives* autour d'un *problème collectif* dont le traitement (ou non) représente un enjeu suffisamment significatif pour que ces coalitions forment un sous-système de politique ayant tendance à se stabiliser avec le temps [SABATIER et JENKINS-SMITH, 1999].

la production de la nouvelle politique. Nous nous efforçons de repérer empiriquement les référentiels qui s'affrontent à travers le jeu d'acteurs qui s'est exprimé au cours de ce processus de transformation. Ceci permet d'avoir une idée générale sur les rapports de force et la dynamique des négociations et des compromis, en démontrant comment les frictions entre les parties prenantes constituent un élément central de la mise à mal progressive du référentiel d'accessibilité. Pour saisir ce processus de médiation, nous prenons en compte un couple de dimensions (*cognitive* à travers les valeurs, les problèmes, et les causes et *normative*, à travers les modèles théoriques et les principes d'action) autour de 3 grands groupes de médiateurs qui se distinguent suivant les idéologies et les paradigmes qui guident leurs actions : la communauté financière internationale, les organisations internationales de développement et la société civile nationale.

- ***La communauté financière internationale***

La perception du rôle que les institutions de Bretton Woods ont joué pour peser sur les systèmes de santé africains en tant que principaux créanciers publics des Etats reste plus évidente qu'analysée. Les théoriciens du post-ajustement structurel ont eu à se pencher sur l'idéologie qui cristallise la réforme des institutions comme précondition pour garantir le succès des politiques économiques. Le déploiement du processus de changement institutionnel dans le secteur reste donc en lui-même confiné à une référence exogène parfois non maîtrisée. Cette approche instrumentale qui caractérise l'intrusion des institutions financières dans la structuration du changement politique conduit non seulement à orienter les décisions économiques, mais implique également des réorientations sectorielles. Il ne s'agit donc pas seulement de réduire d'éventuelles dissonances cognitives entre un modèle global de compréhension du monde et un mode d'intervention sectorielle, mais bien plus de trouver prise sur le modèle social en construction. Dans ce contexte, le concept de bonne gouvernance, favorisé par un ensemble de pressions internationales, offre un instrument opérationnel de conditionnalité politique dans la conception et la mise en œuvre des politiques publiques.

Ces institutions interviennent à travers des valeurs et références supposées éthiques – qui introduisent une logique de marché dans le fonctionnement des institutions publiques – en

contrôlant étroitement le budget de l'Etat à la faveur des PAS dont les objectifs primaires sont la réduction des déficits budgétaires de l'Etat et le rétablissement des grands équilibres macroéconomiques. Leur influence est davantage marquée par le consensus idéologique néolibéral (*consensus de Washington*) qui s'est construit sous la bannière du traitement de la dette extérieure – diminuer le coût de fonctionnement de l'Etat (réduction des déficits budgétaires) et réduire son champ d'intervention (libération de l'économie). Cette subordination tire donc ses racines de la défaillance financière et du défaut de solvabilité des Etats bénéficiaires du service de la dette, faisant prévaloir la règle d'or du « *who gets the gold, sets the rule* ». Le déséquilibre des rapports de force qui en découle conduit à un affaiblissement de la fonction traditionnelle de médiation au profit d'un pilotage par les membres d'une communauté épistémique déployée dans une stratégie de conversion de l'économie nationale aux dogmes de l'ultra-libéralisme, à travers un continuum d'idées abstraites et de recettes qui diffusent une approche cognitive des politiques publiques portée par le référentiel de marché.

La Délégation permanente du FMI au Cameroun contribue à la redéfinition de la politique économique et des politiques sectorielles majeures, jouant ainsi un rôle de notateur de la performance économique du pays en conformité avec l'orthodoxie financière internationale (rétablissement des équilibres macro-économiques et budgétaires, assainissement des finances publiques, maîtrise de l'inflation). Cette prescription affecte mécaniquement la conceptualisation et la mise en œuvre des politiques publiques en les orientant vers de nouveaux compromis dont le maître-mot reste la profitabilité économique. Pour sa part, la Banque Mondiale à travers ses délégués interagit avec les élites politiques nationales, dans le cadre d'un sous-système politique avec des acteurs qui opèrent comme les membres d'une communauté d'idées et d'actions dans un environnement politico-administratif où l'adhésion au credo néolibéral reste la valeur première. Même si les orientations proposées par ces deux institutions sœurs (constituées en un club de créanciers) portent indiscutablement les marques de la réduction de la pauvreté, le cadre de référence de cette communauté, d'emblée définit comme incontestable, force les *policy makers* à adopter des modèles cognitifs où les valeurs de performance économique convergeraient avec celles de la coopération et de la solidarité

internationale et où l'impératif de la « bonne gouvernance » est envisagé dans une perspective fonctionnaliste [ENGUELEGUELE, 2005]²³⁸.

L'approche « par le haut » (qui s'apparente fort bien à la théorie des régimes internationaux) cherche à apporter, du moins dans le champ des politiques publiques, une réponse à fort caractère économique aux questions sociales sans s'interroger ni sur la nature des changements politiques et sociaux, ni sur les investissements inhérents à la mise en place d'un socle devant porter ces politiques. Elle reste fortement investie de la fonction de « régulation internationale » qui ordonne les échelles nationales aux approches macroéconomiques classiques, traduisant toute la difficulté de l'internalisation des recettes supranationales au sein des économies locales. Dès cet instant, les solutions que les pays soumis à réformes formulent, parce qu'elles respectent les contraintes qui leurs sont imposées dès le départ, contribuent à en établir ou confirmer leur caractère indépassable. Nous n'avons pas l'ambition d'illustrer comment s'exercent les relations de domination dans le contexte de la mondialisation économique néolibérale, mais de montrer comment le mode opératoire a induit un effet de dérégulation sur les mécanismes démocratiques qui sont censés exprimer les positions ambivalentes constructives des différents groupes sociaux, ou plus largement, des acteurs concernées et qui sont d'un apport considérable à l'effritement des valeurs accordées à l'accessibilité aux soins.

Ces institutions financières internationales se révèlent suffisamment influentes pour démontrer la nécessité de réformer avec pour seul impératif la diffusion transnationale de leurs idées. Leur prégnance se conjugue avec la déliquescence des ressources matérielles et politiques du pays depuis l'échec retentissant des PAS, pour imposer une vision du monde issue des « *success stories* » capitalisées ailleurs.

Il y a donc lieu de déplorer le défaut d'une approche coercitive modulée suivant les priorités nationales et le contexte du pays (approche « par le bas » qui s'apparente à la théorie de la régulation). La lecture du positionnement du FMI et de la Banque Mondiale dans ce processus d'élaboration des politiques publiques fait donc écho aux conceptions constructiviste et néo-institutionnaliste selon lesquelles ces institutions ne possèdent pas

²³⁸ ENGUELEGUELE M. (2005), « Démocratie locale et délibération au Cameroun. L'exemple des municipalités », in QUANTIN P. (ed.), *Gouverner les sociétés africaines. Acteurs et institutions*, Paris, Karthala.

uniquement des leviers financiers mais également d'importantes ressources cognitives. Elles sont actives dans la diffusion de nouvelles normes, d'idées abstraites, de recettes concrètes constituant une vision renouvelée du monde qui gravite autour de l'efficacité économique. Elles doivent opérer un important effort d'objectivation qui passe par un travail de théorisation en mettant en avant l'adoption des formes institutionnelles promues internationalement et qui relèvent davantage d'une imposition d'idées et de recettes afin de maintenir un cadre cognitif hégémonique dans lequel elles détiennent toujours une position dominante qui s'impose comme étant légitime. Toute hypothèse postulée dans cette perspective découle des principes de l'IB qui énoncent qu'en utilisant le financement privé (des ménages), il devient possible de dégager des marges de manœuvre additionnelles pour faire face aux dépenses incompressibles de l'Etat en matière de santé. Ainsi, la faiblesse de l'élasticité prix *versus* demande de soins ne devrait pas avoir d'impact négatif sur la fréquentation des services de santé suite à la tarification des soins étant donné que l'amélioration de la qualité des soins induirait une nouvelle demande correspondante.

Au vu des réponses des interviewés, la réforme du système de la santé et partant le processus de l'élaboration de la SSS, l'utilisation des ressources intérimaires PPTE qui avait déjà révélé des insuffisances, dissuadant ces institutions de progresser vers l'octroi d'aides budgétaires globales :

« Les ressources intérimaires issues de l'annulation multilatérale de la dette constituent en soi un instrument de financement des programmes cohérents et précis, s'inscrivant dans les politiques sectorielles, en privilégiant l'aide budgétaire affectée [...] Je relève donc l'importance, pour chaque secteur d'intervention, de l'existence préalable d'une politique sectorielle. C'est ce qui explique notre forte implication dans l'élaboration de la SSS et la mise en place d'un nouvel organigramme pour le Ministère de la santé » [un Chef d'Agence de la coopération multilatérale].

Cette situation a conforté les deux institutions dans leur droit de regard sur la politique de la dépense publique et de l'allocation des crédits budgétaires, y compris l'établissement d'un cadre de dépenses globales et sectorielles à moyen terme. L'action des institutions de

Bretton Woods dans l'élaboration de la SSS est donc étroitement liée à l'Initiative PPTE. La volonté de traduction par le Gouvernement des actes de la Déclaration de Paris en actions concrètes prend corps dès 2006 avec le lancement du pilotage du processus d'harmonisation. Cette initiative marque le pas vers le partenariat multi-bailleurs, le renforcement de l'efficacité et de la transparence budgétaires et l'évaluation régulière des mécanismes en faveur de l'aide sectorielle.

« Les conclusions du Country Financial Accountability Assessment de la Banque Mondiale de Juin 2003 démontrent que les dysfonctionnements de la chaîne de la dépense publique sont multiples et se caractérisent par la faiblesse des méthodes d'identification et d'évaluation. La plupart des indicateurs de performance sont au rouge et le diagnostic opérationnel présentait des tendances pessimistes » [un Chef d'Agence de la coopération multilatérale].

Des réflexions ont alors été entamées pour une approche sectorielle (SWAp) qui se concentre sur l'efficacité globale du secteur supposée régler les problèmes liés à l'incohérence entre les politiques et les allocations des ressources. Dans la foulée, la dynamique a été amorcée lors de « l'atelier de préparation de l'approche sectorielle en santé au Cameroun » tenu à Kribi du 3 au 5 mai 2006 pour un fond commun (« *basket fund* »). Les partenaires « *ont exprimé leurs vœux que soit mis en place un appui budgétaire combiné au pooled funding* » [Un conseiller technique du Ministère de l'Economie et des Finances], ce qui devrait amener le gouvernement et ses partenaires à définir les résultats escomptés et les mécanismes pour le suivi et la production des rapports ; mettre en place un cadre intégré de programmation, de gestion et de dépenses et; promouvoir des procédures communes. Tout ceci repose bien évidemment sur la capacité de construction des systèmes de suivi et d'assurance de la traçabilité des fonds alloués. Le SWAp santé n'a été formalisé qu'à la phase de terminaison de la politique, c'est-à-dire en 2009, et représente un mécanisme d'appui à la politique nationale mise en œuvre pour plus d'efficacité dans les interventions sans une ambition de prendre en charge toutes les problématiques du secteur.

C'est seulement depuis 2008 qu'il existe une coordination formelle des bailleurs qui soit organisée par le Ministère de la santé. La communauté des bailleurs de fonds a constitué

en 2003 un Comité Multi-Bailleurs (CMB) pour le suivi du DSRP qui se regroupe régulièrement et traite principalement des questions économiques et financières et des sujets transversaux (société civile, suivi statistique du DSRP, suivi des programmes PPTE). Son objectif est de partager l'information, d'organiser la discussion autour de thématiques transversales et de mettre au point des positions communes. A cette instance généraliste, s'ajoutent des cercles de concertation sectoriels (forêts, santé, développement rural) qui ne permettent pas toujours un dialogue régulier avec les autorités nationales. Comme le montrent bien JENKINS-SMITH et SABATIER [1994]²³⁹, ces approches font du politique le niveau central et exclusif de l'analyse: « *such a top down view results in a tendency to neglect other important players, restricts the view of "policy" to a specific piece of legislation and may be entirely inapplicable when "policy" stems from a multitude of overlapping directives and actors, none of them dominant* ».

Nous notons que ces médiateurs qui donnent corps à la nouvelle politique publique agissent en amont en s'appuyant sur les conditionnalités qui accompagnent l'aide publique au développement et le service de la dette, et qui constituent l'un des piliers de leur hégémonie. Le fait qu'elles reconnaissent la pression exercée sur l'Etat pour disposer d'une politique démontre le déséquilibre entre les acteurs du jeu politique, qui amplifie le risque d'une transposition des schémas d'action d'un environnement à un autre. La politique de décentralisation en cours se trouve en mal de déploiement de ses recettes dans un tel dispositif qui concourt à sa délégitimation au cours de l'élaboration des politiques publiques et de leur exécution. Or, cet effort visant à adopter une politique de décentralisation avait pour ambition de renforcer le processus de démocratisation à différentes échelles de la vie publique de manière à contribuer efficacement à des politiques publiques nationales qui soient les plus inclusives possibles.

L'impact de leur intervention dans le processus de prise de décision renforce la négation supposée épouser les contours d'une réelle stratégie nationale de lutte contre la pauvreté et de réduction des inégalités. Ces acteurs ont force d'action au sein du Comité Consultatif et de Suivi des ressources PPTE. Ce qui est significatif ici est le rôle d'ordonnateur de dépenses que joue la communauté des bailleurs de fonds dans le décaissement des fonds

²³⁹ JENKINS-SMITH H.C., SABATIER P.A. (1994), Evaluating the Advocacy Coalition Framework, *Journal of Public Policy*, 14, 175-203.

PPTE. Nous savons pourtant qu'en matière budgétaire, seul le Ministre des Finances a l'autorité d'ordonnancement budgétaire en tant que ordonnateur principal, les autres ministres ne l'étant qu'à titre secondaire. L'idée que des bailleurs de fonds étrangers donnent leur avis sur le décaissement de fonds convertis en devises nationales, milite en faveur de la thèse du déficit d'autonomie politique des autorités camerounaises ; et ce d'autant plus que la troisième revue du FMI en 2007 offre un cadre formel de discussion avec ces bailleurs lors des conférences budgétaires.

L'hypothèse de l'instrumentalisation de l'Initiative PPTE se trouve ici justifiée du fait de la mise en place des politiques sectorielles aux fins géostratégiques. Profitant des maladrances du Cameroun, les principaux créanciers de ce dernier se sont servis de l'Initiative PPTE pour poursuivre des buts autres que ceux pour lesquels le programme d'allègement de dette a été mis en place. La diffusion du nouveau référentiel d'efficacité économique a eu comme effet de réanimer dans sa première catégorie d'*outputs* les discussions essentiellement normatives concernant la coordination, l'intégration et la planification de la politique publique de santé. La seconde catégorie des travaux se focalise sur les processus de formulation des programmes et sur les procédures de définition des objectifs, de mise en place des arrangements institutionnels, ainsi que des choix des instruments de politique publique.

- ***Les organisations internationales***

Les organisations internationales, notamment les agences du système des Nations Unies jouent un rôle majeur au niveau du développement de la conscience nationale sur la question de l'accessibilité aux soins de santé de base à travers un dispositif d'accompagnement multiforme. Au nom du référentiel de justice sociale, elles déploient des ressources pour replacer la politique publique dans un contexte cognitif et normatif qui l'éloigne du simple *problem solving* pour prendre en compte un ensemble significatif de valeurs (ce qui est désirable ou non), de normes (ce qui guide l'action), d'algorithmes (ce qui exprime les relations causales) et d'images (ce qui fait sens immédiatement) qui légitiment l'intervention publique [MULLER, 2004]²⁴⁰.

²⁴⁰ MULLER P. (2004), *Les politiques publiques*, Paris, PUF, op. cit.

L'adoption d'un tel référentiel face à la rigidité du référentiel de marché a un effet considérable sur le champ d'action de la santé et formate l'effort d'arbitrage au nom de la mise en œuvre de l'agenda des OMD adoptés en 2000 par l'Assemblée Générale des Nations Unies²⁴¹, contextualisé dans chaque pays avec des cibles nationales. Cet engagement international relaie automatiquement la fonction de référentiel sectoriel de la santé assuré jusque-là par celle de l'accessibilité aux soins. Des références « SSP pour tous » se substituent désormais à l'impératif d'accessibilité aux soins car elles soutiennent que les politiques de santé doivent s'orienter vers une approche plus sociale qu'individuelle. Ces acteurs ont une capacité de décodage du réel qui permet de diminuer l'opacité du problème en le décodant et en le recodant en termes d'actions, de normes et de critères d'intervention.

L'engagement des organisations internationales au Cameroun s'exerce à travers un mécanisme de coordination interne tout particulier avec un rôle de régulation qui est fondé sur la collaboration avec le gouvernement et qui prend la forme d'un appui technique. Piloté par le PNUD qui est l'agence de coordination du SNU, les membres du Comité Exécutif du Groupe de Développement des Nations Unies (UNDG), les agences les plus actives dans le domaine de la santé sont le PNUD, l'OMS, l'UNICEF, l'UNFPA et l'ONUSIDA. Le Bilan commun de pays (CCA) réalisé en collaboration avec le gouvernement définit l'état des lieux et la situation du pays en termes de priorités. Cet outil permet de réaliser un Plan-cadre des Nations Unies pour l'Assistance au Développement (PNUAD) qui est une stratégie homogène du SNU en vue de la synchronisation des cycles de programmation, et constitue le cadre de planification du développement des Nations Unies au Cameroun. A travers le PNUAD, les agences tentent ainsi de mettre en place des mécanismes et des rencontres systématiques. Grâce au processus participatif adopté pour son élaboration, le PNUAD s'inscrit en droite ligne des

²⁴¹ La réduction de la pauvreté et des inégalités est un des enjeux majeurs de la Déclaration du Millénaire pour le Développement adoptée en 2000 par les membres de l'Assemblée générale des Nations Unies. Ces derniers déclarent : « *Nous reconnaissons que, en plus des responsabilités propres que nous devons assumer à l'égard de nos sociétés respectives, nous sommes collectivement tenus de défendre, au niveau mondial, les principes de la dignité humaine, de l'égalité et de l'équité* ».

Les Objectifs du Millénaire pour le Développement engagent les États d'ici 2015 à : 1) réduire l'extrême pauvreté et la faim ; 2) assurer l'éducation primaire pour tous ; 3) promouvoir l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes ; 4) réduire la mortalité infantile ; 5) améliorer la santé maternelle ; 6) combattre le VIH/SIDA, le paludisme et d'autres maladies ; 7) préserver l'environnement ; 8) et mettre en place un partenariat mondial pour le développement.

priorités nationales contenues dans la SSS et d'autres stratégies/programmes comme le DSRP (Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté), le PNG (Programme National de Gouvernance), la stratégie sectorielle de l'éducation, le Plan National de Lutte contre le VIH/SIDA, le Plan National de Gestion de l'Environnement, la Déclaration de Politique Nationale de la Population (DPNP), et diverses autres (genre, développement rural, etc.). Cet effort de convergence graduelle pour arrimer les interventions des agences aux priorités nationales a pour objet de répondre aux impératifs de la Déclaration de Paris de 2005. Il bute cependant sur les conflits bureaucratiques et les luttes d'influence au sein de l'administration publique qui rendent difficile l'élaboration cohérente d'une stratégie unifiée. D'où la persistance d'une multitude d'acteurs peu coordonnés qui conduit indiscutablement à une certaine inefficacité tant dans l'utilisation des ressources que dans le ciblage des interventions et des publics cibles.

« La coordination des intervenants dans le secteur de la santé connaît des multiples difficultés sur lesquelles on ne saurait faire ombre. Ces difficultés sont surtout imputables à un défaut d'organisation et de ressources. La multiplicité des plates-formes de concertation (entre bailleurs, du secteur privé non lucratif, entre ONG, etc.) conduit à une certaine dispersion et à des interférences/doublons avec en ressort la contre-productivité » [un Chef Agence de la coopération technique bilatérale].

Le savoir-faire des Organisations internationales dans la fabrication de l'expertise est reconnu neutre, car ces organisations entendent laisser œuvrer les gouvernements, principaux promoteurs des politiques publiques. Ceci contribue à authentifier leurs discours en créant un effet de rapprochement avec le gouvernement même si elles préconisent des réformes radicales qui mettent sur agenda la question du traitement des inégalités. Bien qu'elles n'aient pas la capacité d'exercer un pouvoir de censure à l'égard des États, leur mandat les oblige à se positionner parfois en opposition idéologique avec la Communauté financière internationale. Confrontée à ce rapport dissymétrique, leur stratégie d'influence prend davantage la forme d'interpellation afin que le gouvernement respecte ses engagements. Leur pouvoir atténuateur de la politisation de l'expertise concourt au recentrage normatif des cadres nationaux en transformant le groupe de travail en une communauté cognitive au sens large du terme. L'analyse cognitive relève ainsi

d'un *constructivisme modéré* dans le sens où « *les matrices cognitives sont bien produites par l'interaction d'individus-acteurs, elles tendent à s'autonomiser par rapport à leur processus de construction et à s'imposer aux acteurs comme modèle dominant d'interprétation du monde* » [MULLER, 2000]²⁴².

La politique des grands programmes nationaux est celle qui symbolise le mieux le modèle de collaboration entre ces organisations et le gouvernement. Il existe également des mécanismes sectoriels pour régler les questions spécifiques de santé comme la coordination inter-agences autour du Programme Elargi de Vaccination (PEV). Aux niveaux intermédiaire et périphérique, la coordination des interventions liées à l'assistance au développement est assurée par le Délégué Régional de la santé publique. Malgré l'absence d'un cadre institutionnel précis pour cette coordination, elle est assez fonctionnelle d'un point de vue opérationnel, même si les décisions concernant la localisation des interventions relatives à l'appui extérieur sont prises au niveau central.

Rappelons que la contribution des différents partenaires, dans son ensemble, semble encore verticale et fragmentée. La stratégie gouvernementale visant à répartir les intervenants dans les différentes parties du territoire encourage l'appropriation par chacun de « *sa zone* » et limite l'appropriation nationale. Cette balkanisation du territoire crée un système de santé à plusieurs vitesses, selon les districts d'intervention. On retrouve alors des districts de santé fortement financés alors que les plus nécessiteux ont du mal à soutenir leurs plans. Les approches prenant la forme « d'appui aux programmes » ou « d'appui budgétaire » prédominent, mais restent encore guidées par les accords bilatéraux. Même si la nécessité de la « substitution » liée au manque de ressources humaines qualifiées et spécialisées est clairement reconnue et acceptée, la question du renforcement des capacités nationales se pose avec acuité.

« Une carte sanitaire actualisée du pays permettrait de mieux organiser l'appui et d'éviter la situation actuelle qui ressemble davantage à une certaine balkanisation qui consiste à attribuer des zones de santé aux différents institutions

²⁴² MULLER P. (2000), « L'analyse cognitive des politiques publiques : vers une sociologie politique de l'action publique », *op. cit.*

d'appui technique qui ont des mandats plus complémentaires que compétitifs »
[un Chef d'Agence de la coopération multilatérale].

Il ne nous revient pas dans cette thèse d'évaluer l'influence des Organisations Internationales au Cameroun, mais d'analyser les espaces de médiation qui mettent en jeu plusieurs acteurs ayant chacun sa vision du monde. On constate que les Organisations internationales de développement ont faiblement pesé sur les orientations stratégiques de la nouvelle politique. Leur interaction avec le Gouvernement est nécessaire dans la mesure où elles rappellent les principaux engagements pris par le pays qui font du développement social (traitement des inégalités) une priorité partagée. En revanche, ils disposent de très peu de moyens de pression que le premier groupe d'acteurs (FMI et banque Mondiale), ce qui les a confiné, au cours du processus, à adopter une passivité active vis-à-vis des cadres normatifs imposés par ces acteurs dont les ressources matérielles et politiques sont bien plus importantes.

« Notre mandat est de rappeler aux Gouvernements les principaux engagements internationaux et de les accompagner dans la mise en œuvre de leurs politiques. Il appartient alors à chacun d'eux d'opérer un modèle social qui lui sied en fonction des réalités contextuelles et de la vision de la société qu'il veut promouvoir... Nous nous alignons aux priorités nationales inscrites dans le DSRP et les politiques nationales en respect aux principes de la Déclaration de Paris, étant donné que les pays ont les moyens pour définir leurs propres politiques de développement » [un Chef d'Agence de la coopération multilatérale].

Rappelons aussi que les processus de mise sur agenda des problèmes débouchent sur d'autres problèmes que ce que les autorités nationales seraient logiquement en mesure de mettre en œuvre. Les autorités ont donc la responsabilité de faire des choix (priorisation). Les premiers choix sont réalisés au moment même de la mise sur agenda, l'idée pouvant être abandonnée dès sa formulation parce qu'elle ne correspond pas aux orientations décrites dans le cadre stratégique de lutte contre la pauvreté (DSCE dans notre cas), parce qu'elle est considérée comme non pertinente ou non faisable, ou encore parce qu'elle susciterait trop d'oppositions. Pour les autres problèmes, la première étape de choix viendrait de la réalisation d'un diagnostic de la situation du problème et des inégalités qui

lui sont liées et que l'on vise à combattre (analyse causale). Comme protagonistes de l'élaboration de la SSS, les organisations internationales ont la responsabilité d'arbitrer l'action publique mais ceci suppose que le cadre et les cibles d'intervention soient préalablement circonscrits. C'est d'ailleurs au moyen de ces activités cognitives qu'est produit l'assentiment des assujettis à la politique en cours d'élaboration et qu'est légitimée l'action politique dans le secteur. Elles véhiculent leurs discours à travers leur expertise sur la réforme des systèmes de santé et la mise à disposition de ressources documentaires et didactiques sur les enjeux sociaux de la réduction des inégalités et la gouvernance du secteur.

- *La société civile*²⁴³

Avec la démocratisation et la libéralisation de la vie publique consécutives aux lois sur la liberté d'association et les partis politiques publiées au début des années 90 (loi N°90/053 du 19 Décembre 1990), on a vu le nombre de mouvements associatifs passer de 450 à 3800 entre 1990 et 2000. A ce jour, le pays compte 8600 associations et 27 ONG²⁴⁴. Cependant, dans sa forme actuelle, la société civile ne peut pas encore être considérée comme un acteur traditionnel de la scène politique au vrai sens du terme. En effet, le mouvement associatif camerounais est encore en quête de structuration pouvant lui permettre d'accomplir les principales fonctions régulatrices dévolues aux ONG, qui sont la documentation d'informations, le lobbying et l'activisme politique.

Les ONG/Associations s'investissent à travers un engagement direct au niveau de la mobilisation et de la sensibilisation des populations à la base et bénéficient de ce fait d'un

²⁴³ FORSTER et MATTNER [2006] définissent la société civile comme « un large éventail d'organisations non gouvernementales et non lucratives qui ont une présence dans la vie publique et qui expriment les intérêts et les valeurs de leurs membres ou d'autres basés sur des considérations ethniques, culturelles, politiques, scientifiques, religieuses ou philanthropiques ». Les ONG auxquelles nous faisons référence ici sont comprises dans cette définition. Ces acteurs participent à la sphère publique en entrant en interaction avec l'Etat de manière à créer un espace public de transformation de l'expertise en une ressource central.

²⁴⁴ **Association** : la création d'une association se fait par simple déclaration et requiert uniquement la signature des 5 membres du Bureau, les statuts et le règlement intérieur.

ONG : Le statut d'ONG s'obtient après avoir rempli les conditions d'éligibilité définies par le Ministère de l'Administration Territoriale et de la Décentralisation. Il s'agit d'un véritable examen de passage. Réf. Arrêté N° 000208 du 20 mars 2004 portant agrément d'une association au statut d'organisation non gouvernementale (ONG).

appui fort des partenaires techniques et financiers qui les considèrent comme des relais et des garde-fous dans la mise en œuvre des politiques et stratégies au niveau local. Supposées plus proches des populations, elles sont considérées comme les représentants des communautés dont la légitimité prend ses racines aux formes d'actions et de revendications du mouvement de lutte pour les droits civils. Ceci justifie leur forte implication dans la mise en œuvre des politiques et stratégies au niveau opérationnel. Leurs interventions au niveau stratégique dans le domaine de la santé se prolongent dans certains cas au sein des comités dédiés à la concertation et au suivi participatif des programmes tels que : le comité de pilotage de la stratégie sectorielle de santé, le comité national de lutte contre le sida, le comité d'experts pour la réforme de l'assurance maladie, et bien d'autres.

Partant de l'hypothèse que la production et l'utilisation de l'expertise s'apparentent à une réponse rationnelle (prescription normative) au traitement des problèmes sociaux, nous l'inscrivons d'emblée dans un répertoire de représentation de l'action des groupes d'intérêt. Notre ambition à ce stade n'est ni d'entreprendre une analyse heuristique de cette entité qui peut être perçue comme un sous-système d'action, ni d'appréhender la façon dont cette société civile mobilise l'expertise dans son champ de régulation, mais de comprendre comment elle se positionne (coalition) et influence (médiation) le *policy process* dans un système monocentrique de faible visibilité politique. Sans trop entrer dans ce sujet, on constate à la première lecture que le processus politique, mené suivant l'approche top-down confine le processus à une forte centralisation même si l'invitation de la société civile à participer aux travaux techniques ouvre une fenêtre de participation.

Cette société civile se manifeste de plus en plus sur la scène politique et sociale comme un groupe d'acteurs dont l'ambition est de forcer les cercles de pouvoir à prendre en compte leurs attentes au gré des opportunités que leur procure le contexte institutionnel après les PAS. Elle a été amenée à siéger à titre consultatif au sein du Comité Technique Partenarial chargé d'élaborer la SSS à travers une organisation faîtière : la *Dynamique Citoyenne*. Cette organisation qui a la responsabilité de porter la voix de la société civile est avant tout un collectif d'OSC qui s'est constitué autour d'un objectif bien précis de suivi des politiques publiques (dans le cadre du suivi participatif et de la gouvernance publique lancés par les partenaires techniques et financiers pour accompagner l'initiative PPTE). En

tant que cadre institutionnel d'expression de plusieurs organisations de la société civile, elle porte une double responsabilité : défendre les intérêts des ONG et associations.

Suivant le schéma de participation décrit, la contribution des OSC à la construction de la SSS a du mal à se poser sur des repères institutionnels (règles, représentations) qui permettent aux acteurs d'identifier les circuits et les procédures les plus adaptés pour défendre les intérêts des populations. Leur prédisposition à fournir l'expertise et marteler les messages s'est rapidement butée à la multiplication des porteurs d'enjeux²⁴⁵ qui entraîne une perte de cohésion interne pouvant fortifier leur engagement dans l'exercice d'une quelconque influence. Si le réseau détient indiscutablement des capacités à dénoncer, ses capacités cognitives (expertise technique) ne relèvent pas encore de véritables acquis.

« Ces plates-formes ne permettent pas toujours de faire une plus grande pression sur le gouvernement, car on déplore chaque fois leur faible maîtrise des cadres nationaux de programmation et des mécanismes d'harmonisation des politiques, des normes et des procédures en vigueur » [un Directeur de l'Administration Centrale au Minsanté].

D'ailleurs, leur prolifération semble davantage s'expliquer par des initiatives visant le captage des ressources financières pour accompagner la mise en œuvre de la politique publique en cours de construction que par l'imposition des points de vue associés à une compétence technique maîtrisée. Or, le besoin de connaissances techniques se fait ressentir au moment où le contexte international est traversé par une autre rupture idéologique et donc la prescription normative devient nécessaire pour diminuer l'incertitude dans la prise de décision. Dans une telle situation, naissent naturellement des frictions entre la défense des intérêts des populations et leur positionnement stratégique.

« Plusieurs de ces ONG peuvent être considérées comme étant des ONG conjoncturelles pour lesquelles c'est souvent l'opportunité d'emploi ou la recherche d'une prestation de services qui constituent leur première motivation » [un Magistrat municipal].

²⁴⁵ Une ONG peut faire partie de plusieurs réseaux mais chacun est consacré à un thème particulier d'*advocacy*.

Cette difficulté à situer la contribution de la société civile dans la médiation rend le jeu d'acteurs difficile à décoder, ainsi que l'évaluation de leur poids dans les délibérations lors des travaux au sein du comité technique. Toute exploration des champs de représentations, des marges de manœuvre et des règles formelles et informelles qu'elle défend est *de facto* limitée. L'intervention des ONG ne semble donc pas modifier radicalement le jeu des puissances au sein du groupe où elles sont amenées à faire valoir leur contribution. Cette participation insuffisante n'est pas propre au secteur de la santé. La difficulté dans le secteur se situerait surtout au niveau de leur légitimité. Cette crise de la légitimité favorise l'expansion du clientélisme qui limite le sens de la critique et la mesure de la responsabilité qui leur incombent.

La participation des OSC au débat politique et à la mise à l'agenda de la SSS apparaît davantage comme une réponse à l'exigence des bailleurs de fonds qu'à une volonté des décideurs publics de les voir peser sur les décisions ou sur le recadrage (*reframing*) des discours énoncés à travers leur pouvoir de médiation. Même si elles pensent que cette approche sectorielle (SWAP) en politiques de santé est de plus en plus mise en œuvre afin de maximiser les effets de synergie des interventions [43% de répondants] et rationaliser davantage l'utilisation des ressources [35% de répondants], elles sont unanimes sur le fait que le renforcement des capacités (*capacity building*), le réseautage (*networking*) et la capitalisation n'ont pas suivi. N'ayant pas une grande puissance de médiation coercitive, elles ont de la peine à assurer leur rôle de négociation dans ce processus dont les conflits paraissent asymétriques, et d'influencer le comportement politique des acteurs en présence.

Trois raisons ont été évoquées quant à leur participation jugée faible et inconsistante. Premièrement, le plus souvent, les OSC ne sont pas informées en amont sur les mécanismes en place et leur participation au comité à travers les réunions techniques contribue essentiellement à endosser le guide méthodologique et les productions du groupe d'experts (validation technique des documents préconçus). Deuxièmement, les experts constitués de hauts fonctionnaires de l'administration sanitaire et qui restent influents en ce sens qu'ils coordonnent plusieurs programmes nationaux dominent les débats au sein du groupe. Le discours critique de la société civile est souvent contesté parce que les experts techniques estiment qu'elles n'avancent pas d'alternatives

constructives et crédibles. Troisièmement, le choix de l'OSC, qui est laissé à la discrétion du Ministère de la santé reste une problématique dans la mesure où plusieurs d'entre-elles se réclament une certaine légitimité, ce qui ne permet pas facilement d'opérer des choix parmi des acteurs hétérogènes et traversés de conflits.

L'enquête qualitative nous a également permis d'exfiltrer un certain nombre de raisons qui limitent la participation des OSC dans le processus de prise de décision et/ou la non réceptivité de leurs discours par les pouvoirs publics : (i) la réticence des cadres au niveau décisionnel ; (ii) la faible capacité conceptuelle et la faible vision politique de certaines organisations représentatives des OSC ; (iii) l'insuffisance des ressources humaines, matérielles et financières ; (iv) l'inadéquation des procédures pour la mise en œuvre de certains programmes ; (v) la tendance trop forte de certaines OSC à recourir uniquement à la prestation de service ; (vi) le développement des ONG unipersonnelles, rendant difficiles l'identification d'interlocuteurs pertinents ; (vii) le défaut de structuration des OSC pour véhiculer des idées dans les cercles de décision. Le résultat est que les OSC ne pèsent pas assez sur les décisions. Conscientes de cet état de fait, elles ont entrepris ces dernières années des actions de plaidoyer qui commencent à se mettre en place, mais restent encore limitées. Ernst HAAS [1998]²⁴⁶ énonce d'ailleurs que le succès d'une communauté épistémique dépend de deux facteurs : (i) la solution qu'elle préconise doit paraître plus convaincante que celles des autres ; (ii) une alliance doit être passée avec la coalition dominante.

Pour conclure sur ce point, nous admettons que le *policy process* reste indissociable de la production de connaissances et de discours qui sont mobilisés par les différents protagonistes dans la formulation et la mise en œuvre de la SSS comme modèle de politique publique. On est dès lors conduit, dans l'analyse du changement ou de la réorientation stratégique de l'action publique en matière de santé, à analyser en profondeur les regroupements d'acteurs dont les activités sont à l'origine de ces renouvellements.

Pousser la recherche dans cette direction conduirait cependant à s'inscrire dans le champ de la science politique et nous éloignerait de nos objectifs primaires. Adhérant aux

²⁴⁶ HAAS E. (1998), *When knowledge is power, three models of change in international organizations*, Oxford, UMI, 266p.

paradigmes qui butent sur des différences fondamentales et opérant dans un contexte pétri de contraintes, les différents médiateurs internationaux, mieux que la société civile nationale, deviennent des instruments de fabrication et les acteurs actifs à travers leurs activités cognitives en amont qui sont à la base des renouvellements de l'action publique. Il convient néanmoins de trouver un schéma qui aiderait à interpréter le changement du discours public en faveur de l'accessibilité aux soins au Cameroun qui soit à la fois efficace et équitable. Le modèle de communauté épistémique permet de rendre compte du « contenu » des matrices conceptuelles qui servent de support à l'élaboration des politiques publiques, et aide à identifier les configurations d'acteurs qui sont à la pointe du changement dans la politique publique considérée. L'émergence de la politique publique à partir d'instruments qui permettent de restituer les référentiels au sein de leurs scènes d'élaboration montre moins une transformation (d'un référentiel de SSP à un référentiel d'accessibilité à la santé) qu'une fragmentation de référentiels. Le modèle reste d'une utilité limitée pour expliquer les processus de changement, mais ouvre la voie à d'autres pistes de recherches qui nécessitent un approfondissement.

2.2.2.2. Le policy design de la SSS : un changement de forme pour une continuité sur le fond

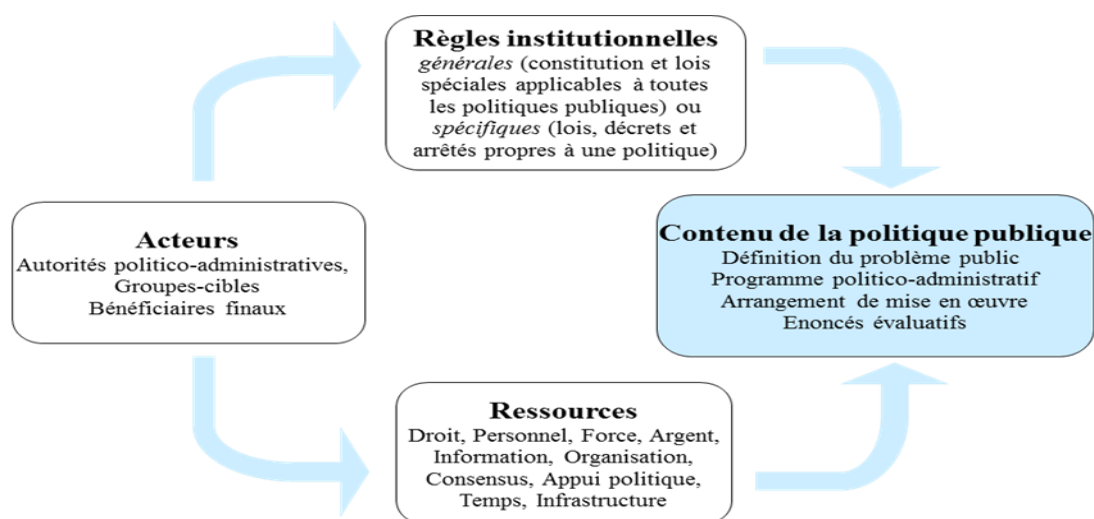
Le concept de *policy design* comprend un ensemble de dimensions ayant trait à la fois à la substance de l'action publique et à l'organisation du cadre institutionnel dans sa concrétisation et se compose de six éléments [KNOEPFEL *et al.*, 2001]²⁴⁷ autour desquels s'organise notre analyse. L'accession aux dimensions « microsociologiques » n'est pas évidente pour une politique comme celle de la santé. En effet, même si elle est considérée comme étant sectorielle, elle est dans la pratique « trans-sectorielle », car se situant au carrefour de plusieurs secteurs.

Les échelons de fabrication et de mise en œuvre de la SSS peuvent être structurés comme suit : (i) le premier correspond à celui des concepteurs (*policy makers*) et est représenté par les décideurs centraux qui définissent les grands axes stratégiques d'intervention du ministère de la santé ; (ii) le deuxième est celui des metteurs en œuvre (les professionnels de la santé – *Policy implementors*), qui ont pour mission d'appliquer correctement sur le

²⁴⁷ KNOEPFEL P., LARRUE C., VARONE F. (2001), *Analyse et pilotage des politiques publiques*, 2001, op. cit.

terrain les orientations politiques définies par le premier échelon et qui ont pour responsabilité d'accroître la compétitivité de leur structure de production et de distribution (les structures sanitaires désormais appelées à faire face aux exigences du « marché »). Les interactions avec ces metteurs en œuvre établissent le niveau de dialogue entre les décideurs et les assujettis, et fixent le degré d'intensité de la coercition publique ; (iii) Le troisième échelon est celui des assujettis à la politique publique (les populations qui soit subissent, soit interagissent à travers les fenêtres d'opportunités qui s'offrent à elles (*opportunities windows*)). Le graphique 13 ci-après organise les interactions entre les acteurs autour des règles institutionnelles et des ressources qui contribuent à leur donner un contenu opérationnel.

Graphique 13. Institutions, acteurs et ressources d'une politique publique



Source : KNOEPFEL et al

Ces étapes s'inscrivent dans une démarche de recherche évaluative qui interroge le cadre conceptuel et le processus d'élaboration de la politique publique de santé, et qui permet de comprendre le défaut de revendication de l'égalité d'accès aux soins et la faible participation communautaire, l'éloignant des principes cardinaux de clarté, d'ouverture et d'inclusion. Elle nous amène à nous interroger sur les effets des conceptions contemporaines de l'accessibilité aux soins de santé dont le défaut d'inscription institutionnelle conduit à un dimensionnement du référentiel sanitaire qui induit de nouvelles inégalités, aggravant ainsi l'écart entre les différentes couches.

a. La définition politique du *problème public* à résoudre et les objectifs poursuivis

En règle générale, on trouve à l'origine d'une politique publique, du moins implicitement, un problème supposé ou réel (l'inaccessibilité à la santé / l'inadéquation des services offerts avec la demande exprimée ou non dans notre cas), étant donné que toute politique relève d'une théorie implicite du changement social. La mise en place d'une politique publique visant à résoudre les problèmes auxquels font face les communautés, l'une des ressources centrales restant sa dimension cognitive. La transposition des problèmes identifiés en vision positive concourt au renouvellement des priorités aux termes desquels les paradigmes spécifiques émergent pour épouser les préférences normatives et théoriques issues des cadres interprétatifs. L'analyse des enjeux relatifs à la définition politique du problème public constitue, de ce fait, le cœur du mécanisme d'articulation entre les contraintes imposées par le global et la marge de jeu dont disposent les acteurs²⁴⁸. Elle permet de reconstituer (*a posteriori*) les objectifs poursuivis, souvent définis de manière abstraite et générale. La démarche méthodologique adoptée pour la définition du problème et des facteurs en cause au cours de l'élaboration de la SSS s'apparente à une production où les relations causales sont établies entre les problèmes et leurs effets sans intégrer de manière suffisante les principes d'imputabilité et de *mainstreaming* qui permettent d'éviter de retomber dans le modèle individuel de la santé éloigné de ses principaux déterminants.

Des groupes thématiques se sont constitués au sein du Comité technique, mobilisant les représentants des différentes directions techniques, des ministères associés, ceux des ONG et des organisations de coopération bi- et multilatérale pour élaborer des propositions d'axes stratégiques d'intervention susceptibles de figurer dans le document de la SSS. Cette implication des ministères techniques ayant une forte composante sanitaire dans leurs missions, de la société civile et des partenaires au développement est un point positif à relever. Dans ce cadre, la régulation est appréhendée conjointement comme un

²⁴⁸ MÜLLER (2000) pense que les politiques publiques ne servent pas (en tout cas pas seulement) à résoudre des problèmes. Pour lui, il s'agit là simplement de signaler que « *la relation entre action publique et problèmes publics est beaucoup plus complexe que ne le suggère l'idée commune selon laquelle les politiques serviraient à résoudre les problèmes* » ; et ceci notamment du fait que la définition même du problème, de même que la chaîne de causalité qui produit les symptômes observés sont des enjeux de lutte se trouvant au cœur même du processus de politique publique.

phénomène de coordination fonctionnelle au niveau stratégique de prise de décision, et comme un processus politique centralisé de construction des problèmes publics et d'élaboration de normes d'action sans grande implication des échelons inférieurs.

La SSS a été amenée à précéder le DSRP qui était censé objectiver ses orientations stratégiques. Nous nous situons alors dans une logique où le sectoriel a navigué dans un cadre global dont les contours étaient loin d'être circonscrits, ce qui matérialise la difficile mobilisation des ressources normatives au niveau national, exposant le référentiel sectoriel aux contraintes issues de la nouvelle architecture financière internationale. Le questionnement lié au problème étant porté par un groupe, il est nécessaire de le replacer dans le contexte national afin de préciser de quelle manière il contribue aux principaux objectifs assignés au secteur. La lecture des problèmes des inégalités face à la santé est ainsi entreprise de manière quasi-exclusive sous le prisme de la pauvreté à travers les premières données issues des consultations participatives régionales élaborées dans le cadre du DSRP suivant une approche qui permet d'appréhender l'accessibilité à la santé sous le seul angle de la pauvreté monétaire et des privations aux dépens de la pauvreté de conditions et de capacités²⁴⁹.

La détermination des objectifs de la politique sectorielle à un niveau politique, et leur rappel dans le simple but d'assurer une cohérence avec les grandes tendances nationales en matière de développement est limitative. La méthode d'analyse des enjeux du problème pose encore quelques difficultés dans la mesure où la définition du problème, pour chaque composante du secteur doit prendre en compte sa formulation explicite. Le rappel des principaux objectifs de développement socioéconomique énoncés dans les documents d'orientation correspondants ne permet pas toujours de préciser dans quelle mesure la résolution du problème pourra être effective en prenant en compte tous les aspects de l'accessibilité, notamment sur le registre des spécificités contextuelles.

Une reformulation du problème et des principaux enjeux qui lui sont liés devient difficile à envisager dans une telle situation. Ce défaut méthodologique occulte la pertinence du

²⁴⁹ La **pauvreté** peut se manifester par des niveaux d'accès aux services, aux ressources, aux opportunités et au pouvoir; et les inégalités par des différences de niveaux d'accès à ces services, aux ressources, aux opportunités et au pouvoir entre les individus, les groupes sociaux, les localités et autres acteurs.

problème et son importance au regard du contexte socio-économique pour conduire à une validation des « priorités nationales » déjà établies dans le PNDS au niveau politique « *top* » et imposées au niveau périphérique « *down* ». Il fait remonter la difficulté à établir une frontière nette entre les *experts* du PD et les *médiateurs*, et ce en l'absence des représentants des communautés (COGE, COSA, COGEDI, COSADI, etc.) reconnues dans l'organisation du système sanitaire national comme étant des structures de participation. L'identification des problèmes dépend pourtant, dans une large mesure, de la position institutionnelle de celui qui les formule, de même que leur hiérarchisation se fait en général en fonction des points de vue objectifs et subjectifs des groupes sociaux concernés.

b. La formulation du programme politico-administratif (PPA) : modèle d'action, hypothèses causales et hypothèses d'intervention.

Le modèle d'action, plus ou moins cohérent, supposé permettre la résolution du problème, est composé d'un certain nombre d'hypothèses de causalité et d'intervention (relations de *causes à effets* transposées en relations de *moyens à finalités/réalisations*²⁵⁰). L'hypothèse de causalité formule une réponse, sous la forme de la désignation d'un ou de plusieurs mécanismes de causalité, à la question de savoir quels sont les bénéficiaires potentiels ou les groupes dont les comportements sont à l'origine du problème. Cette approche d'analyse causale se trouve au cœur du débat qui oppose aujourd'hui les '*rationalistes*' et les '*relativistes*' et qui permet de transformer les bénéficiaires en « *ayants-droits* », c'est-à-dire en détenteurs de droits reconnus, et chaque maillon de l'ensemble de la chaîne d'action publique en *obligataire*, c'est-à-dire en entité ayant l'obligation d'amener les ayants-droits à jouir pleinement de leur droit à la santé.

Une fois le ou les groupes-cibles (i.e. les groupes dont on entend modifier la situation ou le comportement problématique) désignés, la prochaine étape consiste à définir les modalités d'intervention. Les hypothèses d'intervention, ici entendues comme des postulats ouvrent les pistes au choix du type d'instruments à mettre en œuvre de manière à influencer sur leur situation ou leurs comportements (susciter la demande par exemple pour augmenter l'accessibilité socioculturelle d'une part, et densifier l'offre de santé pour

²⁵⁰ Moyens à finalités/réalisations en référence aux "*means*" et "*outcomes*" au sens de Sen [1987].

augmenter l'accessibilité financière et géographique, agir sur les aspects techniques et gestionnaires pour assurer la disponibilité des services de qualité d'autre part). L'identification du modèle d'action, bien qu'elle se soit déroulée en adoptant l'analyse causale (construction des arbres à problèmes) par déclinaison du problème général en problèmes spécifiques, reliés entre eux par des relations de cause à effet, leur définition, leur structuration et leur hiérarchisation sont restées l'apanage du groupe d'*experts*. Les problèmes généraux ayant fait l'objet de décomposition en une arborescence de problèmes spécifiques ou causes à différents niveaux (immédiates, sous-jacentes et structurelles), permettent de circonscrire le champ d'intervention des acteurs des différents échelons de la politique (constructeurs, metteurs en œuvre et assujettis/communautés).

La démarche du Cadre Logique adoptée reste une méthode d'analyse construite pour identifier, suivre et évaluer les projets ou les programmes et non pour développer véritablement les politiques publiques. Il permet de présenter de façon systématique les objectifs et leurs liens de causalité suivant l'analyse des problèmes (image de la réalité actuelle) et l'analyse des objectifs (image projetée d'une situation améliorée). Or, à ce stade, les groupes-cibles du PD n'ont pas été suffisamment définis comme des *possesseurs* au sens juridique du terme, des droits d'accès aux soins de santé de base puisque n'étant déjà pas enrôlés au processus de construction des problèmes publics. L'« ONGisation » du secteur peut-elle pallier le défaut de mobilisations spécifiques de prise en charge des problèmes d'intérêt collectif ?

Les trois objectifs majeurs poursuivis par la SSS (voir section 3.1.1.3.) sont assez révélateurs d'une analyse très incomplète, voire compartimentée des causes qui sous-tendent l'inaccessibilité persistante aux soins de santé de base. Ces objectifs convergent tous autour du renforcement des capacités à produire et à distribuer les soins comme *bien public*. Ceci recentre la question de la complétude dans les réponses lorsque les hypothèses causales s'éloignent de « *l'inadéquation entre les besoins/caractéristiques des ménages et les services/prestations offertes, les modalités d'accès à ces services et l'insatisfaction liées aux structures de soins et aux groupes-cibles, ainsi que la nature de l'organisation et la composition du groupe* »²⁵¹. Le découplage entre la sphère de l'action

²⁵¹ FONTENEAU B. (eds), *L'Economie sociale et solidaire au Nord et au Sud*, op. cit.

publique réservée aux experts et la sphère de la représentation où domineraient les communautés est accusé par une critique de « l'ignorance » des élus locaux au sein des structures de participation (COSA et COGE). Indépendamment de son efficacité politique, cette partition apparaît plus ou moins arbitraire à l'analyse.

c. Les instruments

De la définition des hypothèses d'intervention, découle le processus de choix des instruments à mettre en œuvre pour atteindre les objectifs que la politique publique s'assigne. Il existe une grande variation de l'intensité d'intervention entre les différents types d'instruments. La politique publique s'appuie en principe sur l'exécution des accords conclus lors des « négociations » ayant conduit à la formulation de la politique. Elle révèle que plusieurs mécanismes doivent être mis en place tout au long du processus afin d'obtenir des changements efficaces, ce qui implique une participation/implication effective à tous les niveaux suivant l'approche basée sur les droits humains. Dans ce cas, la méthodologie impose :

- La facilitation, le renforcement et la stimulation des partenariats au niveau stratégique (du secteur) et opérationnel (local) de manière à amener le secteur privé, les autorités publiques/réglementaires et les communautés à la table des négociations afin de discuter et aboutir à un accord sur l'examen des problèmes-clés et définir les solutions structurelles à apporter. Ceci peut prendre la forme des consultations régionales participatives comme ce fut le cas lors du processus d'élaboration du DSRP, avec les communautés représentées par les élus qui siègent dans les équipes-cadre de districts.
- L'observation de l'importance et des différences entre les étapes du processus : technique (nécessité d'une expertise scientifique maîtrisée), politique (la connaissance de l'opinion des différentes parties concernant les modifications proposées, en particulier les acteurs locaux et la société civile) et législative (l'assurance de la mise en place d'un dispositif réglementaire) ;
- Le lancement d'un dialogue politique à deux niveaux : national (afin de traiter et de différencier les questions à rationaliser et les questions à harmoniser) et régional (afin

de discuter des problèmes spécifiques nécessitant analyse approfondie et une harmonisation) de manière à assurer la cohérence entre le national et le local ;

- La promotion de la transparence et de la participation interinstitutionnelle (impliquant les institutions locales et traditionnelles) et pluridisciplinaire durant tout le processus, compte tenu du fait que les valeurs et les représentations de la santé sont parfois très variables d'un environnement à l'autre. La représentation des acteurs locaux est restée faible, ce qui peut en partie expliquer pourquoi la politique publique et son processus d'élaboration doivent être réévalués.

Le déploiement d'outils d'analyse causale au cours de l'élaboration de la SSS permet d'identifier, au-delà des principaux problèmes, leurs causes et les effets qu'ils produisent, et d'établir une logique d'intervention : (i) la définition et la structuration des causes principales et sous-jacentes ; (ii) identification des manifestations associées ; (iii) la proposition des solutions au problème par transposition de l'arbre à problèmes en cadre de résultats ; (iv) l'identification des acteurs (porteurs d'obligations et détenteurs de droits) selon leurs catégories et leur domaine d'intervention ; (v) l'analyse de la situation socio-économique et des normes et conventions qui perpétuent la discrimination et les inégalités ; (vi) la définition du cadre de résultats poursuivis et des indicateurs de Suivi-Evaluation ; (vii) la mise en place d'un système de Suivi-Evaluation. En revanche, on ne voit nulle part la définition des stratégies pour combler les lacunes de capacités (appliquer les concepts adaptés pour renforcer les communautés et effectuer les changements des systèmes, structures, normes pour améliorer la couverture (offre) et stimuler l'utilisation des services (demande)).

On note également une certaine incomplétude dans la batterie mobilisée avec le défaut d'outils appropriés devant permettre d'identifier les droits humains insuffisamment respectés en matière de santé, les responsabilités et rôles des parties prenantes, et les déficits de capacités des différents acteurs ayant un rôle à jouer dans la réalisation effective de ces droits. A ce stade, la mobilisation des documents-cadre nationaux comme principaux instruments précisant les domaines stratégiques d'intervention et les priorités, et l'appel à l'expertise scientifique portée sur l'approche biomédicale dont la nouvelle politique publique avait l'ambition de planifier la dégression (*scaling down*) au profit des

SSP qui connaissent une transformation de référentiel en faveur de l'accessibilité (*scaling up*) soulèvent de réelles inquiétudes méthodologiques. La précision des modalités d'intervention reste le goulot d'étranglement de bon nombre de politiques publiques dans un contexte marqué par la divergence des intérêts née des positions institutionnelles, différentes où référentiel et domination politique (au sens du *politic*) s'affrontent.

d. Les arrangements politico-administratifs (APA) de mise en œuvre

La définition des règles procédurales, de même que la désignation ou la création d'organismes et d'institutions responsables de la mise en œuvre des instruments (Cellule de coordination, Secrétariat technique, Services centraux, SWAp²⁵², etc.) est nécessaire à ce stade. C'est également le cas pour le contrôle de cette mise en œuvre (dispositif de suivi-évaluation, arrangements et pratiques qui réglementent les comportements et régularisent les interventions). Un des enjeux centraux de la définition d'un tel arrangement consiste en la répartition des compétences entre acteurs politico-administratifs et organismes d'appui technique, les metteurs en œuvre et les assujettis (au sens de la participation). Un second enjeu, très important, consiste en l'allocation des ressources politiques (moyens financiers, infrastructures, personnel, droits, etc.) à ces différents acteurs. C'est ici que s'expriment les stratégies des acteurs, leurs répertoires d'action, ainsi que les relations d'alliance ou de conflit qu'ils instaurent et les résistances mises en place. C'est également dans ce champ de pouvoir que s'exercent les mécanismes par lesquels des médiateurs tentent d'instaurer une position hégémonique. L'image que chacun cherche à imposer s'inscrit alors dans une logique où les deux référentiels en jeu (sectoriel et global) s'affrontent pour donner la vision du monde la plus consensuelle.

L'ambition avortée d'une inscription institutionnelle de l'accessibilité aux soins pourrait se justifier par le fait que les autorités se fixent des objectifs quasi-utopiques tout en leur allouant des moyens d'action anecdotiques ou irréalistes. Une telle situation donne une impression de volontarisme politique à la population, tout en conduisant à une forme de schizophrénie dans la traduction des intentions en actions. Les modes d'action mis en place dérogent aux techniques traditionnelles et conventionnelles de dialogue politique avec les pouvoirs publics, conduisant à des solutions parcellaires et fragmentées qui

²⁵² SWAp = Sectorwide approach, traduit en français comme *approche programme* ou *approche budgétaire*.

couvrent une vision du monde peu partagée. Ce modèle d'engagement est marqué par un souci d'efficacité et d'efficience des actions qui ne permettent pas toujours de structurer et d'opérationnaliser les règles universelles pour l'égalité des chances d'accès à la santé. Le défaut méthodologique qui en découle expose un certain éloignement des intérêts, des institutions et des idées que Peter HALL regroupe sous le vocable des « 3 I », c'est-à-dire une démarche méthodologique d'inspiration néo-institutionnaliste dans ses trois variables : sociologique, historique et des choix rationnels.

Une politique publique ne doit pas se limiter à l'énoncé d'orientations stratégiques ; elle comprend la formulation des mesures destinées à les opérationnaliser. L'inventaire des mesures possibles d'intervention est un élément positif qu'il convient de relever même si la conceptualisation des instruments à mobiliser a fait défaut. Un inventaire des mesures d'intervention publique doit être dressé afin de choisir celle qui paraît le plus à même de traiter les aspects cruciaux du ou des problèmes spécifiques identifiés (suivant les critères d'efficacité et d'efficience). En effet, suivant l'un des théorèmes fondamentaux de l'économie du bien-être puisé de l'économie néoclassique que nous aborderons au chapitre suivant, tout équilibre de marché est un optimum de Pareto. L'existence d'un équilibre concurrentiel étant concomitante à une allocation Pareto-optimale des ressources, l'augmentation du bien-être d'un individu entraîne nécessairement la détérioration de celles des autres. Si elle est réputée *efficace*, elle est loin d'être *équitable*, car il existe plusieurs situations Pareto-optimales et à chacune d'elle correspond une répartition des ressources différentes, à savoir plus ou moins égalitaire entre les individus. L'interprétation de l'optimum parétien comme critère d'optimalité sociale occulte donc les *libertés individuelles* au profit des *utilités individuelles*.

L'implication encore mitigée de toutes les parties prenantes à la gestion des ressources à tous les niveaux de la pyramide sanitaire, malgré les prescriptions de la ReOSSP réprécisée dans les textes de lois et décrets qui en ont suivi recommande des efforts certains en vue de booster la participation communautaire. Car, toutes les analyses convergent vers l'assertion selon laquelle la société civile est marquée par une « désorganisation » flagrante qui appelle à une meilleure structuration afin d'améliorer la concertation, d'amplifier leur pouvoir d'action et de coordonner leurs initiatives ; ce qui pose un problème de représentativité et d'efficacité dans les débats sur les politiques et les

stratégies. Des efforts en vue d'introduire plus de transparence dans les processus et dans la gestion sont enregistrés, même si la corruption continue à ruiner le système et ce à tous les niveaux, certainement à cause de l'impunité caractéristique des services publics. Bien que la décentralisation du secteur soit promue depuis une décennie, on note encore une certaine centralisation dans la gestion et une lente activation dans le transfert des compétences aux échelons inférieurs. La loi sur la décentralisation transfère certaines compétences en matière de santé primaire aux municipalités. Cependant, les communes n'ont pas les moyens nécessaires pour assurer cette responsabilité qui reste encore entièrement entre les mains de l'Etat.

L'étude a cherché à appréhender le degré de connaissance des responsables sanitaires et communaux sur la politique sectorielle de la santé et les objectifs qui y sont poursuivis. Plus loin, nous avons cherché à savoir si les politiques provinciales s'arrimaient au cadre national. Le constat est qu'après dix années de mise en œuvre, la SSS semble n'avoir pas été suffisamment comprise au niveau des districts sanitaires qui n'ont pas une connaissance de ses objectifs et des résultats poursuivis. Le personnel-cadre des districts sanitaires (niveau opérationnel par excellence) est uniquement branché sur les programmes prioritaires et ne fait pas le lien direct avec la politique publique nationale. On ne saurait alors établir une quelconque cohérence entre la SSS et les priorités provinciales (Délégation/District de santé) en l'absence de document stratégique de suivi de la mise en œuvre, même si les activités définies sont consignées dans les plans d'action annuels des Districts. Ces plans sont revus à la fin de chaque année après concertation avec les structures de dialogue, mais il n'est fait allusion à aucun moment à la SSS comme cadre de référence. Cette situation est due à un manque de briefing du personnel, comme le déclare une responsable provinciale du Minsanté :

« Chaque année nous recevons des orientations de Yaoundé sur les actions prioritaires à prendre. Parfois nous ne savons pas pourquoi une modification a été apportée sur tel ou tel point, nous qui sommes sur le terrain ... A vrai dire, le personnel au niveau régional ne connaît pas assez cette stratégie à laquelle vous faites allusion même, s'il n'ignore pas son existence » [Une responsable du service de la santé communautaire dans une Délégation Régionale de la santé]

Cette situation est certainement due à la forte centralisation de sa coordination et de son suivi-évaluation. Même les services de suivi-évaluation au niveau provincial ne sont pas suffisamment briefés sur cette stratégie (qui n'a pas bénéficié du niveau de diffusion souhaité et qui reste une mythique pour les responsables sanitaires au niveau des Districts). Les interviews sur le terrain confirment que les équipes-cadre de Districts de santé n'ont pas eu des séances d'explication afin de comprendre la logique de la politique publique qui guide leur planification depuis une dizaine d'années.

En ce qui concerne l'approche sectorielle multi-bailleurs (SWAp), il existe encore beaucoup de faiblesses dans l'utilisation des ressources et la gestion des inputs n'est pas axée sur les résultats. L'effort est davantage porté sur la consommation des ressources (gestion des intrants et des activités) qu'à la réalisation des résultats concrets, ce qui concourt à la mitigation de ceux-ci. Le SWAp est dès lors perçu comme une nouvelle approche de financement massif des Districts de santé, qui, se sont mis à élaborer avec un empressement flagrant et sans respect des principes fondamentaux d'une bonne planification, des plans de développement sanitaire. Les attentes par rapport à ce nouveau dispositif de coordination et de régulation sont portées sur le financement des activités consignées dans les plans et l'appui logistique au District. Les préoccupations allant dans le sens de régler les imperfections du système pourraient conduire à maximiser les effets de synergie des interventions et rationaliser davantage l'utilisation des ressources.

e. Les groupes cibles

Identifier un problème public revient à la population spécifique à laquelle il s'applique. Cette population renvoie à un ou plusieurs groupes sociaux ou acteurs politiques qui partagent la responsabilité directe ou indirecte du problème social à résoudre ou de ses manifestations. L'objectif de la politique publique consiste dès lors à tenter, à l'aide des instruments conçus et validés, d'infléchir la tendance négative de manière à maximiser les externalités positives qu'ils peuvent être amenés à produire. La non-représentativité des communautés est un facteur limitant dans la mesure où l'organisation du système promeut la participation communautaire. Dans ce cadre, émerge une démarche pluraliste interne aux systèmes des acteurs visant à apprécier le bien-fondé de l'intervention publique – dans ses attitudes et les modalités de sa mise en œuvre – à partir de la confrontation de ses

effets aux systèmes de valeurs en présence. En effet, le vide né de l'absence relative des groupes d'intérêt susceptibles de rendre redevable le système de prestation de soins et de donner une « vie politique » à la santé dans le pays avait déjà trouvé une ébauche de solution dès 1987 (cogestion, réf : IB).

f. Les groupes des *profiteurs* (gagnants) et des *lésés* (perdants).

Précisons que suite à l'article 1^{er}, alinéa 2 de la loi 90-06 du 18 janvier 1996 portant révision de la constitution du 02 juin 1972, la République du Cameroun est un Etat unitaire décentralisé. Cette décentralisation a pour principal objectif la constitution de collectivités locales aux pouvoirs réels (selon le principe de subsidiarité) dotés d'une personnalité juridique, d'un pouvoir réglementaire et d'une autonomie financière. La mise en place d'une telle politique procède d'une rupture manifeste d'avec le système politico-administratif né des indépendances. De ce fait, l'administration camerounaise culmine à la fois deux techniques d'organisation que sont la *centralisation* et la *décentralisation*. Cette dernière est assurée par des unités décentralisées qui représentent les catégories d'acteurs d'accompagnement en raison de la structuration territoriale et sectorielle (autorités administratives, autorités sanitaires et collectivités décentralisées – les régions et les communes). Les collectivités décentralisées ont pour mission, entre autres, « *de promouvoir le développement économique, social, sanitaire, éducatif, culturel et sportif au niveau local* » (article 55, alinéa 2, Constitution du Cameroun de 1996).

Les groupes des gagnants et des perdants sont essentiellement de ceux dont la situation est améliorée, ou au contraire péjorée, par les changements attendus de la politique et de la modification conséquente espérée sur la situation des groupes-cible. En l'absence de dialogue politique à la base impliquant toutes les catégories sociales, il est difficile d'évaluer ou du moins de circonscrire les groupes des gagnants (qui se composeraient essentiellement des metteurs de œuvre et des concepteurs au niveau central dépouillés de toute logique corporative et dont le biais en faveur de l'hospitalo-centrisme est générateur de valeur ajoutée) et des lésés (qui sont forcément les communautés aspirant à un bien-être physique, mais coincées dans leur cercle de vulnérabilités et recherchant en vain l'intégration de l'idéal sanitaire dans leur *univers*). En résumé, la SSS peut être peut être analysée d'une part comme le cadre de rencontre entre les différents programmes

verticaux inscrits dans le PNDS et donc une synthèse de celles-ci, d'autre part, et, d'autre part comme un cadre d'orientation qui trouve son extension dans les stratégies sous-sectorielles de la santé.

2.2.2.3. Le défaut d'institutionnalisation de la fonction d'évaluation amplifie l'asymétrie entre les 2 référentiels

Contrairement à certains pays de l'Afrique de l'Ouest à l'instar du Niger, du Sénégal et de la Mauritanie, l'institutionnalisation de la fonction d'évaluation dans le processus de fabrication des politiques publiques au Cameroun est restée une ambition avortée. Les quelques avancées enregistrées en matière d'évaluation s'inscrivent dans une approche plutôt centrée sur l'imputabilité et la responsabilisation des promoteurs politiques en respect des principes énoncés dans la Déclaration de Paris [2005]. Les expériences qui font actuellement écho sont épinglées au motif qu'elles sont commanditées et pilotées à un niveau supranational et qu'elles se focalisent essentiellement sur l'aspect économique dans la mise en œuvre, avec un prolongement logique sur l'impact des interventions sur l'environnement – les Etudes d'Impacts Environnementale et Sociale (EIES). Ces critiques alimentent ainsi la nécessité d'une réflexion sur les possibilités de reconfiguration de cette fonction qui apparaît davantage comme une prescription normative que comme une pratique cognitive impliquant un continuum d'activités allant de la collecte et du traitement des données (mesure de la plus-value) aux préoccupations normatives (qualité des outputs) et instrumentales (leçons apprises).

Nous nous situons dans une logique plurielle, où l'évaluation se disperse dans la poursuite d'objectifs parfois contradictoires. L'évaluation quitte ainsi le champ d'une fonction institutionnalisée (pratiques établies, acceptation, reddition et dissémination de l'information) pour se diriger sur celui de la recherche de l'efficacité de l'aide publique au développement. En France, par exemple, il existe une longue tradition de « contrôle » (avec la Cours des Comptes et l'Inspection des Finances) dans laquelle viennent s'inscrire les démarches évaluatives et qui se matérialise par un cadre législatif (la Loi organique sur les Lois de finances - LOLF) voté pour « officialiser » l'évaluation et la rendre obligatoire dans la définition et le suivi des politiques publiques. Cette loi précède la mise en place (décret du 22 janvier 1990) d'un dispositif réglementaire qui instaure un Conseil

scientifique, un Comité interministériel et un Fonds de l'évaluation. Le défi reste entier au Cameroun, et témoigne de la nécessité de transformer en profondeur la pratique évaluative actuelle pour lui offrir un caractère plus systémique et procédural.

a. L'évaluation des politiques publiques : définition

L'évaluation de l'action publique (politique, programme, dispositif) qui est avant tout un mode de questionnement, une démarche d'analyse visant à apprécier sa valeur au regard de certains critères comme la pertinence, l'efficacité et l'efficience, s'attache à expliciter, sous ses différentes formes, la plus-value d'une intervention, dans le but d'apporter des connaissances pour aider à la décision et éclairer le débat public. C'est donc à la fois un outil de connaissance au service de l'action publique et un vecteur de justification de ce dernier. L'évaluation vient ainsi compléter les analyses conceptuelles sur les politiques publiques en explicitant les raisons du succès ou de l'échec, en identifiant les effets attendus et inattendus et en mettant à jour les mécanismes de l'action publique. La Banque mondiale [2010]²⁵³ définit l'évaluation comme étant « *une mesure, aussi systématique et objective que possible, des résultats d'un projet, d'un programme ou d'une politique en vue de déterminer sa pertinence et sa cohérence, l'efficience de sa mise en œuvre, son efficacité et son impact ainsi que la pérennité des effets obtenus* ». L'évaluation remplit de ce fait une pluralité de fonctions : (i) une *dimension cognitive* : elle permet de comprendre et d'éclairer le processus de mise en œuvre et d'obtention de ces effets ; (ii) une *finalité normative* : elle vise à formuler un jugement de valeur sur les politiques publiques analysées ; (iii) une *finalité instrumentale* : elle permet de mesurer, ou du moins d'apprécier le plus objectivement possible, les effets d'une politique publique sur la société à travers les réalisations ou produits correspondant à l'activité administrative, de façon à construire des modèles et améliorer l'intervention publique.

En revanche, pour contribuer à la définition du produit, l'évaluation suppose l'analyse et la compréhension du contexte organisationnel et du système productif dans lequel il s'inscrit. Elle ne saurait occulter l'analyse de la dynamique et des logiques d'intérêts des

²⁵³ BANQUE MONDIALE (2010), *Evaluation des dommages, des pertes et des besoins : Notes d'orientation*, Banque internationale pour la reconstruction et le développement/ Banque mondiale 1818 H Street NW, 92 p.

acteurs, l'émergence des nouvelles pratiques collectives, des phénomènes d'apprentissage ainsi que les dimensions de pertinence, d'acceptabilité et de cohérence [FARGEON et BRUNAT, 2007]²⁵⁴. La tendance à évaluer les politiques publiques du point de vue exclusif des avantages tangibles qu'elles procurent à leurs publics-cibles (résultats enregistrés) se fait donc au détriment de l'attention accordée aux processus, aux effets sociaux complexes et aux effets de système.

A contrario, notons également que la fonction d'évaluation portée sur le processus ou les résultats enregistrés au cours du processus (l'*action*) occulte les effets induits au niveau sociétal (le *changement*). Il s'agit dans le premier cas d'évaluer la mise en œuvre de la politique à travers la réalisation des activités (*outputs*) alors que dans le second, ce sont les effets (*outcomes*) qui importent et qui offrent plus de lisibilité à la performance de l'exécution. Cette évolution dans le niveau d'appréciation est pertinente pour l'évaluation des politiques publiques dans la mesure du bien-être individuel et collectif. Ce qui amène à reconsidérer le sens de l'évaluation des politiques publiques de santé de manière à les orienter non seulement vers les principes d'efficacité, mais également et surtout vers les impératifs d'équité (*equity-oriented policies evaluation*) qui restent des garde-fous pour le référentiel d'accessibilité face à la percussion récurrente du référentiel global de marché.

b. Le défi du processus évaluatif

Pourtant, l'absence de projet visant à faire disposer d'un cadre légal et réglementaire spécifique régissant la fonction d'évaluation comme instrument de mesure des effets propres de l'action publique est fortement critiquée par les différents partenaires au développement [FOIRRY *et al.*, 2003]²⁵⁵. En parcourant les documents de politique générale qui existent, on comprend que la problématique n'est pas ignorée des autorités publiques, car ils font presque tous référence au suivi - évaluation des programmes de développement. Mais à ce niveau stratégique et politique, la pratique relatée concerne

²⁵⁴ FARGEON V., BRUNAT M. (2007), « Les réseaux de santé, quelle évaluation ? Eléments d'analyse à partir d'un réseau de santé gériatrique ». *Journal d'Économie Médicale*, 25(4), 193-206.

²⁵⁵ FOIRRY J.P., CANDAU D., FEUZEU M. (2003), *Eléments pour la définition d'un programme d'appui aux axes organisationnels et gestionnaires de la mise en œuvre de la stratégie sectorielle de la santé*. Rapport du Ministère de la santé, 71 p.

davantage des dispositifs et processus de suivi pour renseigner les indicateurs de mise en œuvre, d'activités, ou des mécanismes de contrôle des projets structurants et des programmes, sans prendre en compte celle des politiques publiques.

Sur un plan purement opérationnel, on peut noter que très peu d'expériences portant sur une évaluation complète de politique publique ont abouti à un bilan partagé sur l'utilité et les résultats enregistrés du fait de sa mise en œuvre. Ce défaut de cadre institutionnel demeure prégnant, tant les dispositifs et la méthodologie qui doivent guider l'examen systématique et critique de la conduite des politiques publiques restent non formalisés et diffusés. Le renouveau dans la gestion de l'APD a conduit à deux évolutions qui témoignent d'un vide dans l'analyse/évaluation des politiques publiques. L'inscription du suivi-évaluation comme un mécanisme accompagnateur du pilotage du DSRP afin d'assurer l'efficacité et l'efficience des mesures prises, et la mise en place d'une unité de Suivi-Evaluation au sein du Ministère de la santé sont parfois invoqués pour justifier l'existence d'un cadre institutionnel en matière d'évaluation dans le secteur de la santé.

La seconde évolution, bien que limitative, s'entend au travers du concept de développement des « capacités évaluatives » au niveau national. Les quelques initiatives que l'on observe actuellement naissent de la volonté des organisations du SNU à voir se développer des capacités nouvelles dans le domaine à travers un réseau national de suivi-évaluation. Or, qu'elle soit obligatoire, parce qu'inscrite dans la loi ou dans des clauses d'appels d'offres, ou qu'elle soit volontaire, l'évaluation devrait être un jugement sur la valeur d'une intervention par rapport à des critères et à des normes explicites et sur la base d'informations spécialement rassemblées et analysées pour la produire. Elle s'inscrit dans une logique d'aide à la réflexion et à la bonne gouvernance, pour que les démocraties deviennent « apprenantes », qu'elles construisent des politiques publiques avec une culture du doute qui les interrogent en vue d'un meilleur pilotage s'inscrivant ainsi dans une double logique « d'apprentissage » et de « redevabilité ».

Cette volonté affichée des agences du SNU à appuyer le développement d'un réseau national de suivi-évaluation n'est pas suffisante. Car il faut non seulement développer l'offre, mais aussi et surtout, susciter la demande. Il est fondamental de l'inscrire dans les textes légaux comme principe de bonne gouvernance permettant de passer d'une pratique

à une forme juridique plus formalisée, avec un pourcentage de fonds alloué à l'évaluation. Ceci suppose également son introduction dans le cycle de programmation et de suivi des politiques publiques et le développement d'une culture de l'évaluation en diffusant plus largement ses résultats, de manière à démontrer son utilité à toutes les parties prenantes du *policy making*.

c. La difficile contextualisation des choix stratégiques contraignante pour l'accessibilité aux soins

Nous venons de constater que les débats autour de l'élaboration des politiques publiques de santé restent marqués par les questions de planification verticale descendante, s'éloignant ainsi de la décentralisation promue depuis la réforme du secteur de 1992. Dans un système qui traverse depuis le début des années 80 une profonde crise de légitimité exacerbée par les considérations politiques et économiques qui permettent de mieux comprendre l'absence de véritables politiques publiques, la difficulté à inscrire la réorganisation du système de santé pour plus d'accessibilité sur l'agenda public s'expliquerait par la réticence du politique à se dessaisir du monopole décisionnel porteur de gloire qui a marqué pendant longtemps la prééminence de l'Etat-Providence. Rappelons que la SSS a été élaborée comme conditionnalité pour l'atteinte du point de décision de l'initiative PPTE, dont la mise en œuvre confirme le défaut d'application de la théorie de redistribution spontanée (*trickle down effect*) en prônant une vision inclusive de la lutte contre la pauvreté dans une perspective de rattrapage des inégalités.

La rigidité du processus caractérisée par le manque de données actualisées et le temps relativement court n'a pas permis la construction d'alliances et les négociations de compromis au sein de l'équipe chargée de sa rédaction. Les carences relevées au cours de l'étape de diagnostic par le comité technique s'apparentent plus ou moins à celles qui valaient déjà au moment de l'élaboration du PNDS, puisque celui-ci n'a pas véritablement eu le temps d'être mis en œuvre. Le diagnostic s'est révélé être plus une description de la situation qu'une analyse de celle-ci. Nous revenons sur ces carences mises en exergue lors des interviews et qui expliquent la perte du référentiel d'accessibilité liée à la difficile contextualisation nationale des choix stratégiques.

▪ L'offre et la demande

1. *L'offre de santé ne correspond pas nécessairement à la demande. Pour cause, le secteur public est géré de façon administrative et fortement centralisée sans tenir compte des réalités socio-économiques et contextuelles ; la gestion n'est pas normalisée ; il existe une certaine faiblesse institutionnelle relative à l'organisation et au fonctionnement du Ministère de la santé publique.*
2. *Les services de santé du secteur public sont faiblement utilisés : en sont responsables pour l'essentiel, le délabrement du patrimoine, l'insuffisance qualitative et quantitative des ressources humaines, l'absence de système de maintenance, la faible efficacité du système de référence/contre-référence.*
3. *Les grands problèmes de santé publique ne sont pas pris en charge de manière satisfaisante parce que les programmes verticaux restent standardisés, peu flexibles et parfois inadaptés.*
4. *La disponibilité et l'accessibilité aux soins et aux médicaments essentiels de qualité restent faibles, surtout pour les couches les plus vulnérables.*

En recentrant la troisième hypothèse spécifique parmi les trois soumises à l'épreuve empirique [on assiste à l'émergence d'un nouveau programme d'action publique (i.e. une nouvelle politique publique) suite à la persistance de décalages, de contradictions ou d'incohérences entre des logiques sectorielles d'une ampleur telle que, malgré les tentatives des différents leaderships sectoriels pour les réduire, la cohésion sociale s'en trouve menacée. Dès lors la fonction de ce secteur en voie d'émergence consiste à prendre en charge ce problème collectif résultant des contradictions au sein ou entre des secteurs déjà existants et incapables de les régler par eux-mêmes], on se rapproche de celle défendue par MULLER [2000]²⁵⁶ qui postule que le référentiel d'une politique publique doit se transformer lorsqu'apparaît une dissonance cognitive entre le rapport global-sectoriel. On comprend dès lors la logique qui a guidé le besoin d'une transformation de la

²⁵⁶ MULLER P. (2000), « L'analyse cognitive des politiques publiques : vers une sociologie politique de l'action publique », *Revue française de science politique*, op. cit.

politique publique de santé même si la question du désajustement entre l'offre et la demande de santé démarque un certain nombre de constats qui confirment l'esquive d'un *policy making* au profit d'un *problem solving*.

En effet, la difficulté de définir les problèmes conduit à une quasi-impossibilité à s'entendre sur les chaînes causales auxquelles on veut apporter des solutions. Les résultats de l'approche qualitative confirment ceux de l'analyse différentielle faite au premier chapitre : que ce soit pour l'ensemble du pays ou pour les différentes strates, le taux de morbidité apparaît plus élevé dans les ménages pauvres que riches alors que l'accès aux soins reste faible pour cette même catégorie comparée au reste de la population. L'inadaptation entre l'offre et la demande de santé au regard des références socio-culturelles et de la pauvreté ambiante sont particulièrement mis en cause comme étant des facteurs déterminants de détour vers les systèmes alternatifs. La confrontation de ces résultats à partir de l'analyse multivariée devrait apporter des éléments d'éclaircissement quant à l'(in)adéquation entre l'offre et la demande de santé. Nous chercherons à comprendre la relation entre l'attractivité du secteur informel et l'adaptation de la demande, étant donné que la gestion administrative et centralisée de l'offre publique est remise en cause.

Les lois relatives à la réforme hospitalière et les dispositions en vue d'ériger l'ensemble des établissements hospitaliers (publics et privés) sont la traduction de la mise en œuvre du programme sur la réforme qui a connu des allocations complémentaires des fonds PPTE et C2D. La standardisation des protocoles de soins a conduit à la parution des textes sur la tarification des médicaments. Plusieurs partenaires ont expérimenté dans le cadre de l'appui institutionnel, la mise en œuvre de l'assurance qualité dans les structures de santé. En revanche, des insuffisances sont encore relevées sur la façon dont les activités sont déclinées ou orientées. Afin d'assurer l'amélioration de la qualité de soins, l'accent a été surtout mis sur le recrutement et l'affectation dans les zones désenclavées des fonctionnaires dit « PPTE » (médecins généralistes et spécialistes, techniciens médico-sanitaires, infirmiers, etc.). Certains ont reçu des formations souvent très brèves qui ne peuvent nullement être rangées dans le renforcement des capacités humaines, mais plutôt de préparation morale afin qu'ils soient à mesure de faire face aux multiples exigences du terrain. Le relèvement du plateau technique des formations sanitaires et l'amélioration des

conditions de travail, notamment la mise à la disposition du personnel d'équipements adéquats, n'a pas suivi bien que la culture de la démarche de qualité ait été introduite à la faveur de cette réforme hospitalière. C'est ainsi que la notion de paquet minimum d'activités (PMA) a été établie pour les structures sanitaires périphériques, ce qui a servi de base pour l'établissement des normes (infrastructures, personnel, équipements), même si l'Etat n'a pas eu les moyens d'honorer entièrement ses engagements.

L'amélioration de l'accessibilité géographique est présentée comme un axe majeur de la SSS. Ceci s'ajoute à la redynamisation des structures sanitaires existantes par la création des formations sanitaires dans les zones de santé non couvertes avec comme priorités les zones dites défavorisées. Le Minsanté a actualisé en 2003 sa carte sanitaire même si on s'interroge encore sur sa fiabilité. Quant à l'amélioration de l'accès aux soins de santé de base, l'adoption de certaines mesures spécifiques a été entreprise, mais la mise en œuvre de celles-ci reste un défi : (i) rationalisation des prescriptions, (ii) généralisation de l'utilisation des Médicaments Essentiels Génériques (MEG), (iii) maîtrise de la facturation des actes, (iv) subvention de certains soins curatifs (médicaments non recouvrables, traitements coûteux à l'exemple de ceux de la tuberculose, du SIDA, etc.), (v) subvention des soins prodigués à des individus identifiés localement comme indigents et confirmés par des structures périphériques de partenariat avec la communauté, (vi) adoption des mesures coercitives pour diminuer l'importance des paiements occultes, (vii) adaptation de la dimension de l'infrastructure devant abriter le CSI et des ressources qui lui sont allouées, à la taille de la population à couvrir, (viii) gratuité effective de la vaccination, (ix) diminution des paiements directs. Tout ceci reste sujet à caution dans un contexte où la déconnexion entre les différents niveaux de l'action publique fait face à une crise de représentation avec des acteurs qui disposent des moyens d'influence déséquilibrés.

- Le financement

1. *Les ménages financent directement l'essentiel de leurs soins de santé et de façon directe (paiements directs) alors qu'ils ont vu leur pouvoir d'achat s'effriter continuellement depuis plus de deux décennies.*

2. *La plupart des dépenses de santé des ménages sont effectuées dans le secteur informel ; l'utilisation des services des prestataires traditionnels ou de l'automédication est forte.*

Le processus de décentralisation du système de santé avait pour vertu d'accroître son efficience organisationnelle et optimiser, au niveau opérationnel, l'efficacité des dépenses publiques et la qualité des services. Depuis 2003, on assiste à un relèvement du budget consacré au secteur de la santé sans pour autant que la part contributive des ménages (estimée à plus de 69%) soit en baisse. Plusieurs mécanismes ont été développés afin de favoriser un plus grand accès aux soins de qualité et ce à plusieurs égards, suivant le tripolaire : *disponibilité, coût et qualité*. Le dysfonctionnement du système de sécurité sociale constitue sans conteste le principal handicap de l'accès aux soins de santé moderne. On observe néanmoins une dynamique émergente de mutualisation du risque maladie ces années sans pour autant qu'il y ait une véritable réflexion sur les tarifications des soins et actes, la mise en place des forfaits, la minimalisation des coûts et la prise en charge des indigents. L'accessibilité financière des populations aux soins de santé ne pourra être nettement améliorée qu'à travers la définition des modalités de recouvrement des coûts des prestations dans les formations sanitaires, et notamment la fixation du taux de recouvrement à la charge des patients, qui seront décidées par les formations sanitaires et les structures communautaires de participation (COSA, COGE).

Pour améliorer l'accessibilité socioculturelle, la SSS a prévu le développement des mécanismes qui ne sont pour l'essentiel pas explicités. Par ailleurs, gouvernement fait de l'amélioration de l'accès aux soins de santé de base dans le DSRP, l'un des axes principaux de son action de lutte contre la pauvreté, ce qui justifie une cohérence entre les scénarii DSRP (basé sur une approche en termes de contraintes ; un cadrage macroéconomique viable à partir de financements disponibles) et SSS (basé sur une approche en terme de besoins : 40 dollars par habitant et par an). Les contre-performances enregistrées sont imputables, entre autres, à la détérioration du capital humain caractérisée par une gabegie des services publics qui aggrave la bureaucratie et l'incidence corrosive de la corruption. Il est alors impérieux, pour éviter que la viabilité financière problème, que les objectifs de croissance du DSRP soient atteints, que le scénario DSRP soit adopté par le Minsanté et que les engagements budgétaires de la SSS soient respectés.

- Le partenariat

1. *La collaboration entre les secteurs public et privé est très faible.*

2. *Il n'existe pas de cadre juridique en matière de partenariat dans le secteur.*

La SSS propose un axe stratégique visant à recourir au développement des différentes formes de partenariat comme politique incitative de rattrapage pour le système de santé. Quelques expériences de contractualisation ont vu le jour entre le secteur public et le secteur privé. Parmi les plus significatifs, on peut citer : le Minsanté et la Convention Baptiste du Cameroun, le Minsanté et la Fondation Helvétique –Hôpital de Mada, le CNLS et le Service Catholique de la Santé, etc. Le manque d'un document cadre de politique partenariale du Minsanté et quelques problèmes d'interprétation conduisent à la tendance observée née de l'absence d'imputabilité. De plus, l'absence d'une base de données juridiques actualisée et accessible à tous les acteurs ne favorise pas la lisibilité des différents domaines de contractualisation ou d'autonomisation, les rôles et obligations des parties contractantes, les rapports de force, etc. C'est d'ailleurs ce qui explique la timidité observée dans l'activation de certains accords signés.

La Conférence d'Alma-Ata trouve à sa naissance un terrain peu préparé qui va néanmoins s'engager dans un processus de réforme quasi-permanente de son système de santé, constituant ainsi le point de départ d'un processus politique de réforme. Au cœur de ce processus de réforme, a été lancée une politique de décentralisation de manière à transformer radicalement le système de santé suivant une politique dite de Réorientation des SSP adoptée en 1992 après l'anticipation de l'échec d'atteinte de l'objectif de « Santé pour tous en l'an 2000 ». La mission conjointe Banque Mondiale-FMI de revue du cadre de politique économique et financière, conduite en juillet 1999 dans le cadre d'une réévaluation de l'éligibilité du pays à l'initiative PPTE prescrira l'élaboration d'un document de stratégie sectorielle pour la santé (SSS) en lieu et place du Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) dont le début de la mise en œuvre datait de quelques mois. Ce document s'inscrit dans le contexte de l'accord triennal au titre de la Facilité d'Ajustement Structurel Renforcée signée avec le FMI le 20 Août 1997. Ce caractère gestationnel et inachevé de la réforme du secteur va renforcer le sentiment d'inefficacité

tant au niveau de leur traduction en actions concrètes qu'au niveau des effets qu'elles vont produire sur la société.

- La coordination et la régulation

1. *Il n'existe pas d'instance formelle de concertation intra- et multisectorielle aux différents niveaux de la pyramide sanitaire.*
2. *L'exercice du rôle de régulation du secteur par les mesures étatiques concernées est faible.*

Les « ratés » observés au démarrage de la SSS ont été pour la plupart dus aux difficultés de coordination et à l'absence de planification du processus de réforme. En effet, la SSS a prévu un organe de coordination qui n'a vu le jour que très récemment. De plus, les programmes ont été développés sans une priorisation préalable. L'engagement du Gouvernement à travers la mise en place en 2006 d'un organe formel et régulier de coordination, l'adhésion à l'accord de Paris et le pilotage du processus pour une approche sectorielle multi-bailleurs sont autant d'éléments concomitants permettant de disposer des tableaux de bord de coordination et de régulation du secteur à l'égard de tous les intervenants (publics, privés et partenaires au développement). L'entrée en vigueur du SWAp en 2008 est certes tardive par rapport à la mise en œuvre de la SSS, mais pourrait permettre de rattraper quelques bouts, de préciser des concepts encore flous et de définir des mécanismes de suivi-évaluation.

La désorganisation observée dans le secteur est tributaire de l'absence des mécanismes de coordination et de régulation pendant plusieurs années. Il existe aujourd'hui un organe formel et régulier de coordination et un pilotage du processus pour un SWAp qui n'a été rendu effectif qu'en 2008. Même si cette coordination s'améliore au niveau national, nous constatons que les services déconcentrés (régionaux et locaux) sont déconnectés, l'information circule mal, les décisions sont lentes à prendre, etc. Par ailleurs, le dispositif de suivi-évaluation de la SSS ne dispose pas toujours d'outils suffisamment diffusés et partagés à l'échelle nationale. Ce suivi est d'ailleurs centralisé et le niveau régional n'y contribue qu'en envoyant des informations ponctuelles à la demande du niveau central.

C'est ainsi que le secteur souffre de l'incomplétude et du manque d'exhaustivité avec des statistiques qui sont pour la plupart parcellaires et fragmentées.

Il existe encore beaucoup des faiblesses dans l'utilisation des ressources et la gestion des *inputs* n'est pas axée sur les résultats. L'effort est davantage porté sur la consommation des ressources (gestion des intrants et des activités) que sur la réalisation des résultats concrets, ce qui concoure à la mitigation de ceux-ci. Le SWAp est dès lors perçu comme une nouvelle approche de financement massif des District de santé qui se sont mis à élaborer avec un certain empressement et sans respect des principes fondamentaux d'une bonne planification, des plans de développement sanitaire. Ces initiatives peu organisées ne permettent pas de bien repérer les nouvelles données et valeurs autour desquelles se construit le nouveau référentiel. Les attentes par rapport à ce nouveau dispositif de coordination et de régulation sont portées sur le financement des activités consignées dans les plans et l'appui logistique au District. Les préoccupations allant dans le sens de régler les imperfections du système et la nécessité de maximiser les effets de synergie des interventions et rationaliser davantage l'utilisation des ressources.

- La supervision et le suivi-évaluation

1. *Les systèmes de supervision/monitoring et de suivi-évaluation sont insuffisamment développés.*

2. *Le cadre réglementaire et juridique de l'évaluation est inexistant.*

L'analyse que nous pouvons faire à ce niveau porte sur l'inexistence d'outils réels de suivi-évaluation. L'audit du Minsanté mené en 2002 avait déjà soulevé le problème d'évaluabilité des différents dispositifs en place. L'absence d'un véritable organe chargé du suivi-évaluation jusqu'en 2008 a été préjudiciable avec, en prime, la dispersion des données pour la plupart déjà parcellaires, le manque de conditionnalités (conditions critiques ou préalables) dans le cadre logique de la SSS, bref l'absence d'un véritable système de suivi-évaluation de mise en œuvre, confortant la navigation à vue jusque-là observée dans le secteur. Le DSRP en tant que cadre de référence de l'action gouvernementale et de celle des bailleurs de fonds du Cameroun constitue le principal

levier de développement économique et social. Il préconise une charte nationale de réduction de la pauvreté et des inégalités alors que la SSS a été conçue dans une perspective d'amélioration de la situation globale des indicateurs sanitaires. Ces deux approches trouvent cependant des points d'ancrage dans la mesure où la détérioration des indicateurs de santé est le reflet des conditions de vie dégradantes des populations, liées à la situation économique du pays.

Le DSRP final fut rédigé après l'atteinte du point de décision, donc après la mise en œuvre des premiers projets financés sur fonds PPTE et après la finalisation et la validation de la SSS. Par conséquent, ce dernier se retrouve pour l'essentiel dans le DSRP final. Ce dernier document a pris l'engagement de faire évoluer rapidement les programmes d'application de la SSS avec pour objectifs prioritaires : (i) un rattrapage des districts sanitaires les plus défavorisés, (ii) une orientation forte vers la déconcentration/décentralisation du système, (iii) une approche thématique corrigeant les inégalités liées à la « balkanisation » du territoire par le partage des régions entre les partenaires extérieurs dont les niveaux d'appui, les domaines d'intervention et les procédures diffèrent de façon considérable, (iv) une participation communautaire plus poussée, (v) une meilleure accessibilité, tant physique que financière, de toute la population et une réponse aux problèmes des indigents ainsi qu'à celui du partage du risque maladie.

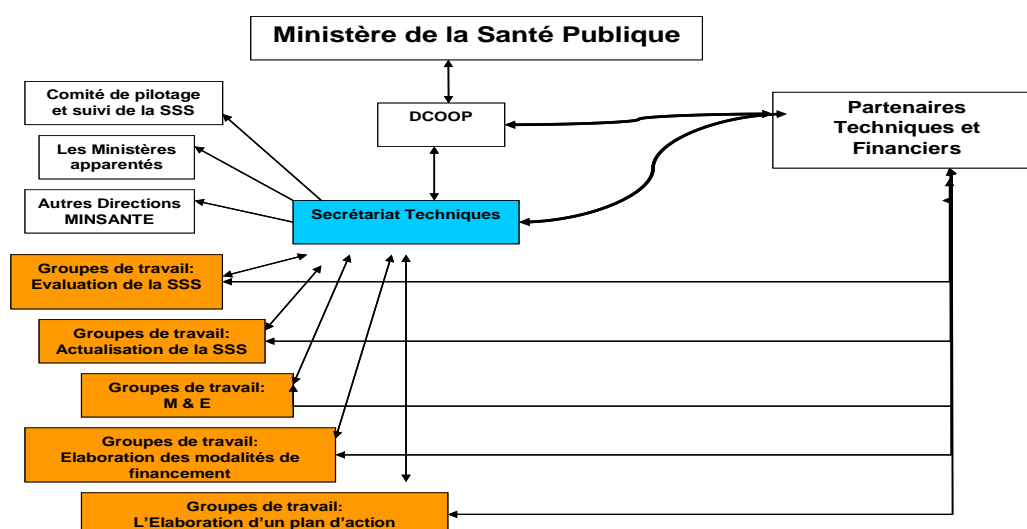
On retrouve en effet dans le DSRP certains des programmes contre les grandes endémies (paludisme, VIH/SIDA, onchocercose, tuberculose, maladies non transmissibles), le PEV, la santé de la reproduction et les problèmes de nutrition, et d'autre part trois programmes « structurants » (amélioration de l'accessibilité aux médicaments essentiels, amélioration du financement de la santé grâce aux mutuelles de santé, et programme urgences, épidémies, catastrophes). Ces derniers prennent particulièrement en compte le problème de l'accessibilité financière aux soins et se trouvent donc plutôt destinés aux populations pauvres. La SSS y est en effet reprise en partie même si le lien avec la pauvreté n'est pas forcément évident pour de nombreux programmes de lutte contre la maladie :

«Concernant la lutte contre la maladie de façon générale, la volonté des autorités camerounaises est de réduire la charge morbide globale due aux maladies transmissibles, jusque-là fortement prédominantes dans le pays. [...]

Cette politique permettra de combler l'énorme gap de croissance économique engendré par une lourde charge de morbidité provenant particulièrement de quelques maladies infectieuses (paludisme, VIH/SIDA, tuberculose, onchocercose etc.) connues comme les maladies de la pauvreté. Le contrôle de ces maladies permettra de libérer le potentiel de productivité du facteur travail, poussant de ce fait plus loin la frontière des possibilités de production, avec pour résultat un accroissement significatif du taux de croissance économique » [DSRP, 2003].

Le consensus est presque acquis sur l'absence d'un pilotage et d'une coordination véritable du secteur. La SSS prévoyait au démarrage la mise en place d'une cellule de pilotage d'appui technique au Ministère de la Santé, organe qui n'a vu le jour qu'en 2006. L'effectivité de cette structure et son opérationnalité ne se font pas encore ressentir, ce qui reste dommageable pour l'ensemble des acteurs. Le « vide » se traduit par les attentes dans la mise en application des réformes, des outils et des mécanismes de suivi-évaluation de l'exécution. En 2006, un cadre conceptuel de pilotage méthodologique et programmatique a donné naissance à un dispositif de coordination gouvernemental (graphique 14). La multiplication des comités visant à formaliser divers aspects de la réforme du secteur traduit également le peu d'appropriation et la faible capitalisation des études réalisées par les différents partenaires. Le schéma actuel place les Secrétariats techniques au centre de la coordination gouvernementale. Les organes opérationnels sont constitués des groupes de travail sectoriels dont les missions parfois chevauchantes peuvent conduire à un chevauchement à l'instar des groupes de travail « évaluation » et « M&E » (évaluation, actualisation, M&E, élaboration des modalités de financement, élaboration des Plans d'action) tout cela sous la supervision administrative et technique de la Division de la Coopération au Minsanté.

Graphique 14. Dispositif de coordination gouvernementale du secteur de la santé (Minsanté)



■ L'équité

1. *L'égalité de sexes et le genre sont faiblement pris en compte dans l'élaboration et la mise en œuvre des politiques publiques de santé.*
2. *Les disparités sociales sont importantes dans le traitement des problèmes publics en matière de santé, et les couches vulnérables sont quasiment exclues du système public.*
3. *Les normes et les procédures sont dans la plupart des cas non respectées.*

Nous relevons ici le fait que la difficulté de trouver des métriques suffisamment étroites pour évaluer l'effectivité de la justice économique dans la mise en œuvre des politiques publiques ou des programmes reste un défi pour les professionnels du développement. Elle a d'ailleurs entretenu des débats entre les théoriciens de l'économie autour des concepts d'égalité et d'équité que certains acteurs de terrain ont du mal à découpler. La question posée par SEN [1982]²⁵⁷ (*Equality of What ?*) est assez révélatrice et naît de la difficulté de trouver un sens commun pouvant permettre de solvabiliser une approche sociale qui soit à

²⁵⁷ SEN A-K. (1982), « Equality of what ? », in MCMURRIN S.M. (Dir), *Liberty, Equality and Law*, Salt Lake City, University of Utah Press, 137-162.

la fois efficace et pragmatique. Le débat repose principalement sur la question des critères qui doivent être pris en compte pour fixer le degré d'égalisation recherché, de façon à offrir aux personnes les moyens d'une vie digne et supportable. Un consensus s'est instauré autour de l'idée de s'éloigner des barèmes et des grilles rigides au profit d'une évaluation globale à travers les espaces sociaux de tous ordres, ce qui fait émerger une seconde question : *l'équité pour qui ?* Ces deux questions ont logiquement conduit à une remise en question des techniques traditionnellement utilisées pour évaluer les politiques publiques. L'approche traditionnelle s'inscrit davantage dans une logique quantitative de rationalisation des décisions publiques sans pour autant incorporer les techniques qualitatives qui rendent compte des situations sociales plus complexes. D'où la nécessité de donner un contenu opérationnel à ces deux notions fondamentales.

La première question (*égalité de quoi ?*) renvoie à la nécessité de démultiplication des catégories. On parlera alors d'égalité de la santé, de l'accès, de l'utilisation des services, des dépenses, etc. Quant à la seconde (*équité pour qui ?*), elle impose des défis en termes de désagrégation : les classes de revenus, le sexe, l'appartenance ethnique ou religieuse, le milieu de résidence. Leur mise en commun conduit inévitablement à une imbrication d'inégalités (exemple : femme rurale pauvre) difficile à illustrer dans la mesure où chaque inégalité découle d'une source d'utilité différente. Si l'égalité qualifie sans jugement de valeur une distribution, l'équité quant à elle est normative et suppose un jugement. Mais, il existe un effet d'entraînement entre les deux, les inéquités étant considérées comme des inégalités devenues injustes. L'égalité en santé devient, suivant son acception la plus étroite, l'égal accès aux soins ou l'utilisation des services de santé afin de maintenir un niveau de santé élevé. Dans un sens plus large, il faut prendre en compte des facteurs d'équité horizontale, en vertu desquels des personnes ayant des besoins semblables bénéficient des services semblables - juste distribution des soins -, et d'équité verticale en vertu desquels les personnes qui ont plus de besoins reçoivent plus de services - prise en compte des différentiels d'états - [TESSA, 2001]²⁵⁸.

²⁵⁸ TESSA, T.-T. E. (2001), « Santé, pauvreté et équité : état de la question au début du XXI^e siècle ». In JOHNSON N. & NEUFELD V. *Une santé branchée sur la recherche: Perspectives du Conseil de la recherche en santé pour le développement*, CRDI Publications, 320 p

Les notions fondamentales qui justifient donc l'équité dans la construction et la mise en œuvre des politiques publiques sont d'ordre philosophique et insistent sur l'obligation à amener les ayants-droits à jouir pleinement de leurs droits. L'égalité des chances d'accès et la non-discrimination servent dans cette logique de clés pour la problématisation des situations sanitaires et le maintien des enjeux qui se cachent derrière les discours et que nous avons voulu approcher à travers les référentiels des politiques publiques. Du côté de la demande, on observe que les femmes font face aux difficultés récurrentes d'accès aux soins (surtout obstétricaux) à cause des considérations socioculturelles qui s'expriment en leur défaveur.

L'une des fonctions essentielles d'un système de santé consiste à remédier au défaut d'équité, ce qui est aussi un principe fondamental des SSP. Les femmes sont actuellement les plus vulnérables tant du point de vue de leur situation économique (la pauvreté est surtout féminine) que de leur situation familiale (les femmes ont généralement la charge de leur famille, surtout au niveau des ménages pauvres) et, de leurs conditions (elles sont souvent considérées comme des « facteurs » de reproduction et de production de biens). Par ailleurs, dans les instances de délibération locale ou de participation communautaire (COSA, COGE), elles sont faiblement représentées et sont généralement relayées au second plan. Leur point de vue n'est pas souvent pris en compte. Ces constatations ne sont pas exclusivement liées aux questions de santé, mais aux prédispositions socioculturelles qui font de la femme un « bien » pour l'homme et qui les astreignent à s'abstenir au niveau des instances de délibération locale.

L'existence des diverses difficultés d'accès au centre de santé, la distance à parcourir ou bien le temps nécessaire pour y accéder, l'inaccessibilité financière sont autant d'éléments qui obligent les femmes à se détourner de l'offre formelle de soins (abstention ou discontinuité des consultations pré ou post-natales par exemple). On comprend de mieux en mieux comment la pauvreté et la mauvaise santé se renforcent mutuellement, et les preuves de l'inégalité et de l'inéquité de la distribution des ressources, des efforts et des issues sanitaires sont toujours plus nombreuses. Les disparités sociales dans l'offre de services ont déjà été abordées, nous insistons simplement dans cette sous-section sur celles liées aux traitements sociaux. En effet, le système de la santé au Cameroun ne tient pas compte des disparités spatiales de la pauvreté et des minorités vulnérables. Pour mettre en

place et entretenir des systèmes de santé basés sur les SSP, il est essentiel que les pouvoirs publics exercent une direction responsable et s'engagent en faveur de l'équité. Le Forum National sur la Réforme Hospitalière au Cameroun a reconnu que la situation de l'ensemble du système de santé reste préoccupante. L'un des grands problèmes mentionnés aura été celui de l'accès inéquitable des citoyens aux soins de santé de qualité.

En dehors des textes de lois publiés sur les indigents, il n'existe pas de politique explicite en faveur des populations vulnérables de par leurs conditions de vie précaires qui ne leur permettent pas de satisfaire leurs besoins en santé. Ces ménages se caractérisent généralement par le chef de ménage qui est une femme ou un enfant (cas des orphelins du VIH/Sida). Ils représentent des catégories avec un niveau d'instruction faible et comptent ; de nombreuses veuves et/ou divorcées. La participation communautaire, qui suppose à la fois une appropriation et une émancipation, est l'un des éléments clés de la demande de services de santé sans lequel on ne peut pas améliorer la transparence et l'efficacité.

La plupart des centres de santé publics et privés offrent les différentes prestations alors que peu disposent d'un plateau technique complet et d'un personnel qualifié. De plus les services de stratégies avancées ne sont pas systématiquement organisés dans plusieurs centres de santé. Certains n'offrent pas ces activités probablement à cause des difficultés de terrain et du manque de moyens logistiques. Par ailleurs, même si cette observation n'est pas explicitée dans ce rapport, il est important de relever que les services de laboratoire, s'ils sont disponibles dans quelques rares formations sanitaires de premier niveau, restent vétustes et ne peuvent produire que des résultats mitigés. Ceux-ci sont interprétés alors que pour les plus nantis, les médecins leur conseillent des laboratoires privés avec qui ils ont tissé des relations privilégiées. L'indisponibilité du guide diagnostic/traitement dans la quasi-totalité des centres de santé laisse supposer la qualité médiocre des prestations et services offerts. Beaucoup de formations sanitaires ne disposent pas de normes, encore moins de procédures. Sous couvert de la loi n° 92/006 du 14 août 1992 portant sur les sociétés Coopératives et Groupements d'Initiative Commune (Coop-Gic), plusieurs centres de santé se sont développés en marge de la réglementation en vigueur. Elles ont pour tutelle le Ministère de l'agriculture. Les GIC-santé ne sont pas reconnus par le Minsanté, et ne se retrouvent nulle part dans la carte sanitaire nationale ; ils opèrent complètement en dehors de leurs cahiers de charges. Ces structures sont

dangereuses et échappent au contrôle du Minsanté alors qu'elles passent pour des structures hautement spécialisées, offrant « toutes les prestations médicales ». Un des partenaires au développement tranche de façon péremptoire : « *il n'y a pas de normes validées au niveau national. Et de toutes les façons chacun fait ce qu'il peut, pourvu que ça marche* ». Le Minsanté ne dispose pas de moyens de sanction dissuasive en cas de non-respect de la réglementation.

Pour conclure sur ce point, nous affirmons que bien que le lien entre la SSS et les OMD soit évident (tableau 7), la SSS n'a pas suivi une trajectoire devant l'ériger en politique publique si ce n'est le processus de transformation du PNDS qui, en pleine phase de démarrage, a été sérieusement affecté par la situation conjoncturelle qu'a subi le pays ainsi qu'un nombre de facteurs économico-dépendants. La juxtaposition des déterminants endogènes (contexte macroéconomique et institutionnel) et exogènes (aide publique au développement et éducation internationale) au contexte national a grandement interféré dans la construction et les orientations de la politique publique de santé, et décalé le référentiel sectoriel de la santé de ses véritables niches d'action, conduisant à des désajustements entre le référentiel global, les cadres interprétatifs avec des répercussions ambivalentes sur l'équité que nous illustrons dans le graphique ci-dessous.

Graphique 15. Interactions entre les déterminants, la politique sectorielle (SSS) et l'équité

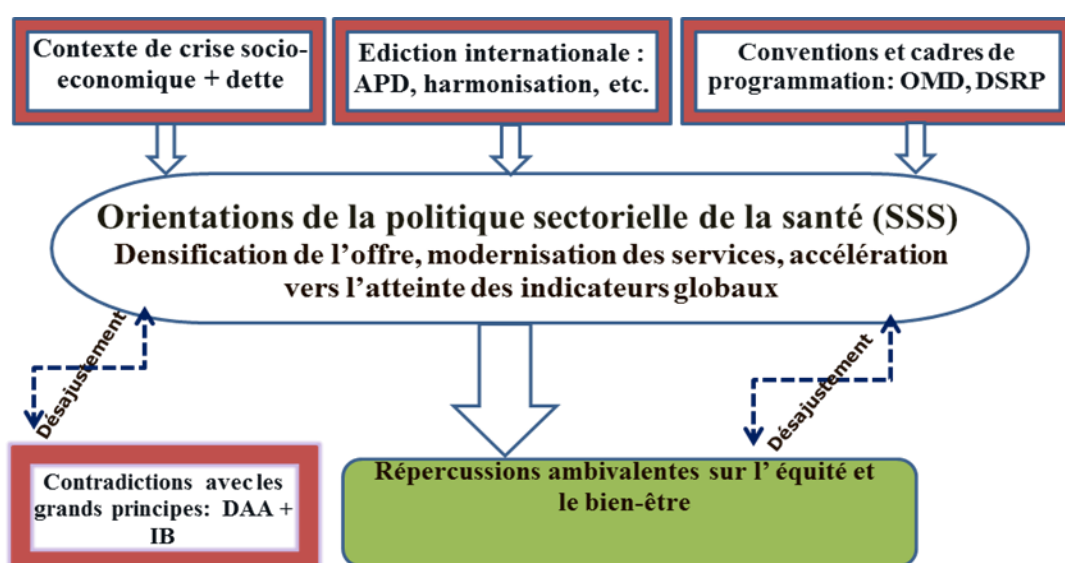


Tableau 7. Liens entre les sous-programmes de la SSS et les OMD dans le domaine de la santé

Objectifs	Cibles pour 2015	Indicateurs	Sous-programmes correspondants	Observations
Obj. 1 : Réduction de l'extrême pauvreté et de la faim	C2 : Réduire de moitié, la proportion de la population qui souffre de la faim	Pourcentage d'enfants ≤ 5 ans présentant une insuffisance pondérale	2.3. Promotion de la PCIME 3.1. IEC pour la santé 3.2. Alimentation et nutrition 1.2. Maladies non transmissibles	Les programmes ci-contre rentrent en droite ligne avec la réduction de la morbidité infantile associée à une alimentation inadéquate et insuffisante. Ils sont complétés par le déparasitage et la supplémentation en micronutriments assurés par d'autres programmes spécifiques.
		Proportion de la population n'atteignant pas le niveau minimal d'apport calorique		
Obj. 4 : Réduire la mortalité infantile	C5 : Réduire de 2/3 le taux de mortalité des enfants ≤ 5 ans	Taux de mortalité des enfants ≤ 5 ans	2.2. PEV 2.3. Promotion de la PCIME 3.2. Alimentation et nutrition 4.1. Médicaments dont vaccins 1.2. Maladies non transmissibles	La SSS a pour objectif de réduire d'au moins 1/3 la mortalité. Bénéficie des appuis du Fonds GAVI. Ce qui est en dessous de la cible visée au niveau mondial. Son atteinte prendra en compte la vaccination gratuite des enfants contre les maladies évitables et l'accès à l'eau et à un assainissement adéquat
		Taux de mortalité infantile		
		Proportion d'enfants ≤ 5 ans vaccinés contre la rougeole		
Obj. 5 : Améliorer la santé maternelle	C6 : Réduire de 3/4 le taux de mortalité maternelle	Taux de mortalité maternelle	2.1. Santé de la mère, de l'adolescent et de la PA 2.2. PEV 1.2. Maladies non transmissibles	L'appui des partenaires est déterminant pour l'offre des soins obstétricaux complets et la réduction des barrières géographiques et socioculturelles.
		Proportion d'accouchements assistés par un personnel médical qualifié		
Obj. 6 : Combattre le VIH/Sida, le paludisme et d'autres maladies	C7 : Stopper la propagation du VIH/Sida et inverser la tendance	Taux de prévalence du VIH/Sida parmi les femmes enceintes (15-24 ans)	1.3. IST/VIH/SIDA et tuberculose 2.1. Santé de la mère, de l'adolescent et de la PA 3.1. IEC pour la santé	Ces programmes ambitieux ayant bénéficié des appuis substantiels du Fonds Mondial pour le VIH/SIDA, le paludisme et la tuberculose a posé des bases concrètes. L'approche adoptée et ses multiples axes d'intervention (8 au total) peuvent effectivement permettre d'atteindre cet objectif.
		Taux d'utilisation du préservatif sur taux de prévalence des contraceptifs		
		Taux de scolarisation des orphelins sur le taux pour non-orphelins (10-14 ans)		
Obj. 6 (suite) : Combattre	C8 : Maîtriser le paludisme et	Taux de prévalence du paludisme	1.1. Les maladies	Le programme 1.1. est très ambitieux et a

le VIH/Sida, le paludisme et d'autres maladies	d'autres grandes maladies et inverser la tendance	Taux de mortalité dû au paludisme	transmissibles 3.1. IEC pour la santé 3.4. Eau, Hygiène et Environnement	déjà réalisé des performances exceptionnelles. C'est d'ailleurs l'un des objectifs que le PNUD considère qu'il sera probablement atteint à l'horizon 2015 (PNUD, 2006). L'eau et l'assainissement porté par d'autres secteurs et bénéficiant des appuis divers (Facilité Eau de l'UE, Facilité Eau de la BAD, etc.) viennent renforcer les résultats escomptés. Le DSRP met également en exergue la « crise de 'eau » comme un axe prioritaire du Gouvernement.
		Proportion de la population des zones à risque utilisant des moyens de prévention et de traitement efficaces		
		Taux de prévalence de la tuberculose	1.3. IST/VIH/SIDA et tuberculose 2.2. PEV 3.1. IEC pour la santé 4.1. Médicaments dont vaccins	La gratuité des antituberculeux et la prise en charge désagrégée à tous les niveaux est encourageant. C'est également l'un des objectifs dont l'atteinte est quasi-acquise si le niveau d'effort est maintenu. Les interactions entre le VIH et la tuberculose ne favorisent pas l'efficacité des interventions.
		Taux de mortalité dû à la tuberculose		
Obj. 8 : Mettre en place un partenariat mondial pour le développement	C17 : Rendre les médicaments essentiels disponibles et abordables	Proportion des cas de tuberculose détectés et soignés dans le cadre de la stratégie contre la tuberculose recommandée au niveau international		
		Proportion de la population ayant accès de façon durable à des médicaments de base de coût abordable	4.1. Médicaments, réactifs et dispositifs médicaux essentiels y compris les vaccins.	L'indicateur lié à la santé est d'assurer l'accès durable et équitable des populations aux médicaments. La politique des médicaments essentiels en générique est d'un apport considérable pour le résultat escompté.

CONCLUSION DU CHAPITRE 2

L'expérience camerounaise dans l'élaboration de la politique de santé consolide l'idée selon laquelle le renouvellement des idées dominantes qui entraîne celui des instruments politiques dans un secteur, permet d'avoir une meilleure compréhension des dynamiques structurant les choix politiques. La réussite de l'articulation entre les principes énoncés au niveau international et leur traduction dans les dispositifs nationaux sont donc étroitement liés à la capacité fonctionnelle des États et de leurs ressources politiques. Nos analyses nous amènent à confirmer l'influence de la sphère économique dans le processus de fabrication des politiques publiques de santé qui s'exprime en faveur d'un référentiel centré sur le marché. Elles permettent également d'appréhender le poids des groupes d'intérêts et les interactions entre les différents acteurs en jeu. L'approche qui consiste à adopter une matrice cognitive et normative flexible a l'avantage de comprendre comment les systèmes d'interprétation du réel évoluent au cours du processus politique dans un contexte où le différentiel du poids des acteurs est important et où les groupes cibles peinent à se positionner. Cette approche stato-centrée de la construction des politiques publiques de santé au Cameroun montre comment la réorganisation du système de santé n'active pas les leviers des SSP et, de façon regrettable, n'apporte pas de réponse pertinente à la problématique de l'accessibilité aux soins.

Pour saisir le processus de médiation et les négociations à l'épreuve, nous avons adopté une grille d'analyse à orientation néo-institutionnaliste qui permet de saisir comment les acteurs produisent du sens et comment la mise en cohérence avec le référentiel global de marché qui prévaut dimensionne le processus en lui revêtant un caractère spontané et impératif. Nous distinguons trois communautés épistémiques qui agissent de façon peu structurée : la communauté financière internationale, les organisations internationales de développement et les organisations de la société civile, dont la segmentation et le cloisonnement renforcent la perte de cohérence dans l'imposition de leurs idées. Faisant référence au phénomène de *path dependence*, l'analyse confirme la continuité et souligne l'illusion du changement dans un système fortement empreint des logiques traditionnelles

de pilotage centralisé et rationaliste en dépit des injonctions internationales portées sur le référentiel spécifique d'accessibilité.

Le fait que le modèle d'Etat reste encore très dominant et central dans la régulation politique (entraînant une perte de cohérence avec le processus de décentralisation en cours) fait que les négociations multiformes, supposées contribuer à la transformation politique, bute sur la rigidité du système, induisant peu d'influence sur le processus déjà en proie à l'orthodoxie ultralibérale. L'hypothèse principale soumise à l'épreuve empirique suivant laquelle le changement de politique intervient dès lors que se modifie le rapport global-sectoriel (RGS) et se développent des désajustements, des décalages, voire des contradictions, entre le secteur en question et les autres secteurs de la société, ou bien le secteur en question et le référentiel hégémonique au niveau de la société globale est dans notre cas partiellement avérée. En effet, le changement de politique (SSS), même s'il fait suite à des désajustements observés dans le RGS, renforce la politique en cours de transformation (PNDS) sur des axes qui amènent le référentiel sectoriel de la santé à s'éloigner de ses véritables niches d'action (équité et justice sociale) au profit de la rentabilité économique (efficacité et efficience). On arrive dans cette logique à une politique publique de santé qui ne répond pas suffisamment aux besoins collectifs et qui est d'ailleurs porteuse de griefs conceptuels pouvant induire de nouvelles inégalités dans la mesure où elle occulte la prise en compte de la capacité financière des populations et la pluralité des normes et représentations en matière de santé. Si, dans la représentation commune, l'accessibilité aux soins de santé se limite très souvent au rapprochement des centres de santé des populations ou mieux, à la densification de l'offre de santé dans les zones dites défavorisées, cette vision, réductrice au plan de la notion de l'accessibilité, tend à fausser la perception que l'on peut avoir de la problématique, et ce pour deux raisons.

La première est que l'accessibilité, qui est presque souvent ignorée pour un glissement idéologique tendant à favoriser le « *marché* », ne se résume pas à la seule accessibilité financière ou géographique. Celle-ci semble insuffisante pour garantir, à elle seule, l'égalité des citoyens et la satisfaction des besoins en santé. La seconde est que la dimension socioculturelle de l'accessibilité est d'une importance capitale et reste primordiale dans la définition des nécessités et des choix. Il s'agit alors de centrer la

réflexion sur l'une ou l'autre des dimensions, mais surtout d'établir un parallèle suivant les interrelations muries entre les acteurs (mécanismes de synergie entre les différents acteurs à différents niveaux et échelles, mécanismes de concertation et de mobilisation avec le public, partenariats avec les acteurs locaux et le secteur privé) en lien avec les nouveaux référentiels.

Un certain nombre d'études menées par la Banque Mondiale en Afrique, et qui ont porté sur l'efficacité des services [WHITEHEAD *et al.*, 2001²⁵⁹; GREEN et COLLINS, 2003²⁶⁰] ou sur l'équité dans la mise en œuvre des politiques de santé [RIDDE, 2006²⁶¹; BREVEMANN, 2003²⁶²; GWATKIN *et al.*, 2004²⁶³], concluent pour la plupart que la seconde dimension (équité dans l'accès) a été occultée au profit d'un engouement marqué vers le relèvement du niveau d'indicateurs globaux de santé (efficacité des services). Ces multiples désajustements ont été constatés dans plusieurs pays, ce qui a conduit l'OMS à remplacer l'approche que les SSP étaient considérés comme le moyen d'obtenir une couverture universelle à un coût abordable par ce qu'elle appelle actuellement « *le nouvel universalisme* ». L'Organisation reconnaît ainsi que l'amélioration de la santé et du bien-être de la personne constituent l'objectif ultime du développement socioéconomique et dépend des concepts éthiques tels que l'*équité*, la *solidarité nationale* et la *justice sociale*. La réforme des systèmes de santé doit permettre d'assurer l'accès universel aux services en se basant sur une bonne qualité des services dans les limites abordables et durables. Les politiques publiques de santé sont désormais appelées à aller au-delà des déclarations d'intention et de réaffirmation de principes, pour contribuer véritablement à la réalisation universelle du droit à la santé. Ceci suppose qu'elles doivent être lues à travers un prisme à plusieurs facettes reflétant non seulement un paquet complet d'interventions de qualité

²⁵⁹ WHITEHEAD M., DAHLGREN G., EVANS T. (2001), « Equity and health sector reforms: can low-income countries escape the medical poverty trap? », *Lancet*, 358(9284), 833-836.

²⁶⁰ GREEN A., COLLINS C. (2003), « Health systems in developing countries: public sector managers and the management of contradictions and change », *Int J Health Plann Manage*, 18 Suppl. 1, 67-78.

²⁶¹ RIDDE V. (2006), *Équité et mise en œuvre des politiques de santé au Burkina Faso*, L'Harmattan, Coll. « Études Africaines », 536 p.

²⁶² BRAVEMAN P. (2003), « Monitoring Equity in Health and Healthcare : A Conceptual Framework », *Journal of Health Population Nutrition*, 21(3), 181-192.

²⁶³ GWATKIN D., BHUIYA A., VICTORA C. G. (2004), « Making health systems more equitable », *Lancet*, 364 (2), 1273-1280.

(efficacité et efficience), mais aussi et surtout une distribution équitable et une couverture universelle et adaptée de ces services (équité et justice sociale), remplaçant le conflit *efficacité versus équité* sur l'agenda politique en matière de santé.

CHAPITRE 3

EFFICACITÉ DU SYSTÈME DISTRIBUTIF ET DÉFAUT D'ÉQUITÉ DANS L'ACCÈS AUX SOINS ET L'UTILISATION DES SERVICES

INTRODUCTION DU CHAPITRE 3

Les analyses faites au chapitre précédent nous édifient sur les ambiguïtés que portent les politiques économiques et qui nous obligent à affiner davantage notre regard sur la relation entre la réduction de la pauvreté et le traitement des inégalités sociales. Nous retenons que même si les investissements dans le système de santé doivent obéir à des considérations de politiques économiques qui conditionnent désormais l'allocation des ressources aux mécanismes accompagnateurs de la remise de la dette, la mise sous contrainte économique des politiques sanitaires induit un effet contraire à l'objectif de réorientation des SSP pour faire face à l'échec retentissant des PAS. Les disparités de morbidité et de mortalité expriment à la fois le creusement des inégalités sociales qui constitue le reflet des dysfonctionnements de l'efficacité de la politique redistributive du pays et partant, la perte d'équité dans la mise en œuvre des politiques publiques de santé.

En reconnaissant l'existence d'un flottement des politiques publiques en construction entre les principes idéologiques qui se confrontent régulièrement, nous cherchons à mieux comprendre les débats et enjeux autour du conflit déjà ancien qui oppose ces deux notions : *efficacité versus équité*. La littérature économique dépeint les limites auxquelles font face l'économiste lorsqu'il s'agit de traiter les questions d'équité distributive. Elles ont souvent conduit à un décrochage prononcé amenant à explorer davantage l'efficacité des politiques à partir de la théorie utilitariste du capital humain en occultant la question de l'inégalité d'accès qui doit être interprétée en termes d'injustice, même si elle reste en soi une problématique complexe. Pour certains auteurs [PIKETTY et SAEZ, 2001²⁶⁴ ; LINDERT, 2000²⁶⁵], on ne saurait surestimer un tel conflit dans la mesure où la recherche de l'équité n'entrave pas nécessairement la performance économique à long terme. Or, l'intégration sociale et la réduction des inégalités favorisent l'investissement dans le capital humain qui contribue au final à résorber le problème de la faible productivité et de la redistribution des externalités issues de la croissance. Le primat donné à l'objectif d'efficacité économique joue un rôle déterminant dans le désengagement des pouvoirs publics à développer des stratégies pouvant stimuler la demande de santé de manière à augmenter sensiblement les taux d'accès et d'utilisation des services, la question de la qualité des services étant plus ou moins évacuée.

La quasi-totalité des pays subsahariens ont longtemps déployé des politiques sanitaires à obédience néo-classique. Très peu d'intérêt a été accordé à l'analyse des déterminants de recours aux soins qui non seulement prend en compte les comportements individuels [MORMICHE, 1986²⁶⁶ ; SCHRIJVERS *et al.*, 1991²⁶⁷], mais aussi les représentations de la santé et de la maladie [MUURINEN, 1982²⁶⁸ ; KUNST et MACKENBACH, 1994²⁶⁹].

²⁶⁴ PIKETTY T., SAEZ E. (2001), *Income inequalities in the United States, 1913-1998*. Mimeo, CEPREMAP et Harvard University, 92 p.

²⁶⁵ LINDERT. (2000), *Three centuries of inequalities in Britain and America*. In *Handbook of Income Distribution*. Atkinson and Bourguignon (eds), North-Holland, 167-216.

²⁶⁶ MORMICHE P. (1986), « Pratiques culturelles, profession et consommation médicale », *Economie et Statistiques*, 189, 39-50.

²⁶⁷ SCHRIJVERS C., STRONKS K., VAN DE MHEEN H.D., MACKENBACH J.P. (1999), « Explaining Educational Differences in Mortality : The Role of Behavioral and Material Factors », *American Journal of Public Health*, 89(4), 681-688.

²⁶⁸ MUURINEN J.-M. (1982), « Demand for health: a generalized Grossman model », *Journal of Health Economics*, 1, 5-28.

L'évaluation de l'efficacité et même de l'équité en matière de santé se fait encore généralement à partir des données sur l'utilisation et le financement des services de santé. De plus, les indicateurs relatifs à la distribution des soins de santé sont davantage formulés en termes d'inégalité plutôt que d'inéquité suivant une logique substitutive. Ces données ont leurs limites en ce qui concerne la mesure de l'inégalité, mais elles donnent une image convaincante de la prévalence généralisée des inéquités en santé, la question des inégalités étant comprise dans celle de l'inéquité.

Quelques travaux initiés par les économistes de la Banque Mondiale [WAGSTAFF *et al.*, 1991²⁷⁰ ; GWATKIN *et al.*, 2007²⁷¹ ; WAGSTAFF, 2002²⁷²] ont permis de comparer les données des différents pays à partir de l'analyse des concentrations dans l'accès à la santé comme moyen pour mesurer l'équité en santé. Ces travaux qui utilisent la décomposition de la population en quintiles de richesse permettent, d'une part, de dégager les différences entre les plus riches et les plus pauvres au sein de la population, et, d'autre part, d'observer la distribution des variables de santé par quintiles de richesse. Ils mettent également en évidence l'influence significative des caractéristiques socio-économiques des ménages comme l'éducation des mères, mais ne peuvent renseigner de manière exhaustive sur les déterminants individuels de recours aux soins.

Dans ce chapitre, nous partons de plusieurs indicateurs d'efficacité et d'équité construits et testés par RIDDE [2003]²⁷³ au Burkina Faso pour évaluer la robustesse de la politique sectorielle de la santé (SSS) à renverser les tendances suivant les perspectives de distribution (efficacité) et d'accessibilité (équité). En d'autres termes, nous nous appuyons sur les données issues d'enquêtes nationales représentatives pour mettre en relief le

²⁶⁹ KUNST T A. E., MACKENBACH J.P. (1994), « The Size of Mortality Differences Associated with Educational Level in Nine Industrialized Countries », *American Journal of Public Health*, 84(6), 932-937.

²⁷⁰ WAGSTAFF A., PACI P., VAN DOORSLAER E. (1991), « On the measurement of inequalities in health », *Social Science and Medicine*, 33, 545-557.

²⁷¹ GWATKIN D.R., RUTSTEIN S., JOHNSON K., SULIMAN E., WAGSTAFF A., AMOUZOU A. (2007), *Socioeconomic differences in Health, Nutrition and Population within developing countries – An overview*, Washington DC.

²⁷² WAGSTAFF A. (2002), « Poverty and health sector inequalities ». *Bull World Health Organization*, 80, 97-105.

²⁷³ RIDDE V. (2003), « Fees-for-services, cost recovery, and equity in a district of Burkina Faso operating the Bamako Initiative », *op. cit.*

différentiel qui existe entre l'efficacité du système de santé et l'équité dans l'accès par les populations aux services délivrés. Nous soutenons ici que l'influence des politiques économiques sur les politiques publiques sanitaires a induit un effet contraire aux objectifs de réduction des inégalités d'accès portés par ces politiques de santé, s'éloignant davantage de leur effet amortisseur de chocs auxquels s'expose continuellement le référentiel sectoriel.

3.1. TRAITEMENT THÉORIQUE DU COUPLE EFFICACITÉ - ÉQUITÉ SOUS LE PRISME DE L'ACCESSIBILITÉ À LA SANTÉ

Plusieurs courants ont traversé les théories de la justice sociale dans la définition des critères complets d'équité (dont celles permettant de mieux cerner la question de l'accessibilité aux soins de santé). Ces théories modernes, essentiellement axées au départ sur la justice distributive, se sont développées en référence à l'économie classique du bien-être (le *welfarisme*) qui part de deux postulats: (i) le caractère juste d'une action dépend *exclusivement* des conséquences en termes de bien-être qu'elle procure aux individus concernés ; (ii) l'utilité, conçue comme satisfaction des préférences, est une mesure de ce bien-être [BERTIN, 2005]²⁷⁴.

Les options distributives quant à elles renvoient essentiellement à l'approche adoptée pour rendre compte de la satisfaction individuelle. A l'un des extrêmes, se situe l'utilitarisme qui préconise l'égalité de « poids » de toutes les personnes dans la somme des indices de satisfaction. A l'autre, une position égalitariste radicale qui vise à égaliser les états finaux atteints par les individus, c'est-à-dire leur niveau de satisfaction individuelle ou l'allocation des biens et services. Se retrouvent ici les défenseurs de l'égalité des revenus/biens premiers [RAWLS, 1971]²⁷⁵ ou des capacités [SEN, 1979]²⁷⁶. Entre les deux extrêmes, se positionnent les défenseurs de l'égalité des droits et des ressources

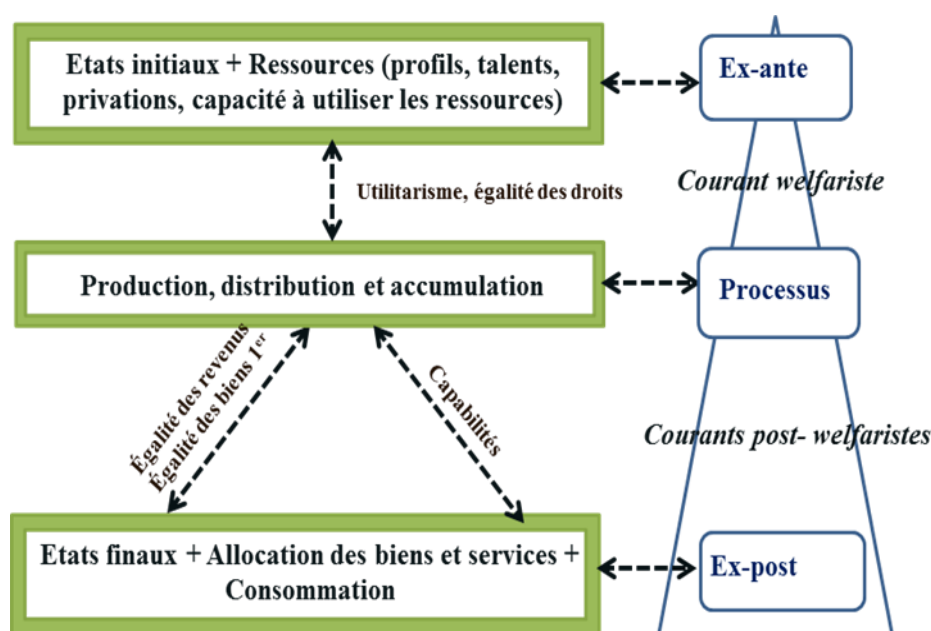
²⁷⁴ BERTIN A. (2005), « La liberté comme enjeu du développement : une lecture critique de Development as Freedom d'Amartya Sen », *Economies et Sociétés, Cahiers de l'ISMEA*, 39(3), 565-587.

²⁷⁵ RAWLS J. (1971), *A Theory of Justice*, The Belknap Press of Harvard University Press, op. cit.

²⁷⁶ SEN, A.-K. (1979), « Utilitarianism and Welfarism », *Journal of Philosophy*, 76(9), 463-489.

[DWORKIN, 1981a²⁷⁷, 1981b²⁷⁸], des opportunités de bien-être [ARNESON, 1989]²⁷⁹, de l'accès à des avantages [COHEN, 1990]²⁸⁰ ou à des libertés réelles [VAN PARIJS, 1995]²⁸¹. Le graphique 16 ci-après essaie d'illustrer ces différents fondements éthiques allant de la conception libérale de la justice sociale – *le welfarisme* – portée par une doctrine utilitariste (qui justifie un interventionnisme dans la construction du lien social entre les membres d'une communauté) aux conceptions portées sur un ordre social construit – *post-welfaristes* – (qui plaident pour une intervention à travers les contrats sociaux à l'échelle communautaire).

Graphique 16. Les courants de l'économie du bien-être et les niveaux d'application dans le cycle de politique publique [NKWENKEU, 2010]



²⁷⁷ DWORKIN R. (1981a), « What is Equality ? Part 1: Equality of Welfare », *Philosophy and Public Affairs*, 10, 185-246.

²⁷⁸ DWORKIN R. (1981b), « What is Equality ? Part 2: Equality of Resources », *Philosophy and Public Affairs*, 10, 283-345.

²⁷⁹ ARNESON R.-J. (1989), « Equality of opportunity for welfare », *Philosophical Studies*, 56, 77-93.

²⁸⁰ COHEN G.-A. (1990), « Equality of What? On Welfare, Goods and Capabilities », *Recherches économiques de Louvain*, 56(3-4), 357-382.

²⁸¹ VAN PARIJS P. (1995), *Real Freedom for All*, Clarendon Press, Oxford.

²⁸² NKWENKEU F. S. (2010), *Politiques publiques de santé en Afrique : entre efficacité et équité*. Les Editions Universitaires Européennes, op. cit.

Ce graphique tend à montrer que les courants de l'économie du bien-être s'appliquent différemment dans l'évaluation des politiques publiques suivant l'étape où l'on se situe dans le cycle. Il est donc important de situer la temporalité de l'exercice évaluatif (ex-ante, processus et ex-post), ce qui nous impose une typologie particulière en fonction des grandes lignes qui démarquent les théories contemporaines de la justice sociale : le courant welfariste qui prône une certaine égalité utilitariste en couvrant un large spectre d'égalités (besoins, droits et libertés) ; et le courant post-welfariste, pouvant lui-même prendre deux grandes orientations.

La première portée par une logique rawlsienne procédurale qui milite pour une égalité des chances (*principe de juste égalité des chances*) et des libertés (*principe d'égle liberté*) tout en prenant en compte la capacité productive de la société (égalisation des revenus ou des biens premiers). La seconde qui met en relief l'existence d'un pluralisme de préférences (les individus ne conçoivent pas leurs intérêts de la même façon) et qui valorise les variations en aptitude dans la transformation des ressources en libertés, militant ainsi pour une égalisation des capacités réelles de fonctionnement - les capacités.

Par ailleurs, l'évaluation du bien-être appelle à reconsidérer plusieurs approches conceptuelles qui se distinguent par l'importance qu'attachent les *policy analysts* à la manière dont l'individu juge son bien-être et la gamme des facteurs pris en compte (qu'on se fonde ou non sur le revenu) : l'*approche welfariste*, qui est fondée sur le bien-être économique et, les approches dites post-welfaristes qui portent soit sur *les conditions de vie* ou *besoins de base* (rawlsienne) selon laquelle les pauvres sont ceux qui sont privés d'un ensemble de commodités de base, perçues comme un préalable à l'atteinte d'une certaine qualité de vie, soit sur des habiletés ou capacités humaines (les capacités). La section suivante aborde chacune de ces approches afin d'élucider leur contribution à la compréhension des principes fondateurs de la justice économique.

Si les théoriciens comme RAWLS et DWORKIN soulignent la nécessité de considérer chaque individu comme particulièrement responsable de ce qui dépend de lui, ils ne perdent pas de vue le fait que l'évaluation de l'utilité reste inadéquate, et présentent la liberté comme un *bien privé*. Ils reconnaissent par ailleurs le principe d'égalité pour une société juste et la

justice distributive comme porteuse d'équité. SEN par contre fait sienne l'évaluation des opportunités réelles, mais considère la liberté comme un *bien public* interdépendant des biens économiques et substitue à l'utilité le concept des capacités et d'opportunités à travers un ensemble de fonctionnements qui conduisent au bien-être (autonomie de choix, capacité à faire valoir des droits, bien-être et capital social).

Ces théories dites post-welfaristes reconnaissent comme attribut essentiel de la personne humaine le postulat de la *liberté morale* et son pendant, la *responsabilité de la personne*, dans l'obtention de son bien-être. Se donnant à elle-même ses propres lois, la personne a une part de responsabilité dans la formation de ses préférences, dans ses choix de vie, dans l'utilisation de ses ressources, et donc dans l'obtention de son bien-être. Tout le problème pour ces théories réside dans la définition exacte de la part de responsabilité qu'a l'individu dans ses choix et dans les résultats qu'il obtient. Par répercussion, se pose le problème de l'indemnisation (services offerts aux personnes en situation d'incapacité, prise en compte du gradient social dans le traitement social) qu'il peut légitimement attendre d'une « société juste » pour les éléments dont il n'est pas responsable mais qui influent sur son bien-être (vivre dans une zone d'endémie, être issu d'une minorité géographique ou autochtone²⁸³, etc.). On peut alors se poser la question de savoir pourquoi, dans la partie septentrionale du Cameroun, les taux de mortalité maternelle et néo-natale restent encore élevés alors que cette partie du pays est dotée en soins obstétricaux d'urgence dans la plupart des structures sanitaires. Pourquoi les femmes de certaines contrées continuent à solliciter largement les services des accoucheuses traditionnelles alors que le centre de santé de l'aire de ressort dispose d'un paquet minimum d'activités pour offrir une assistance de qualité au cours et au décours de l'accouchement ?

Une telle conception de l'équité repose sur le primat de la liberté, sur la responsabilité (collective et individuelle) et sur une approche plus fortement individualiste que sociale.

²⁸³ Le terme de « minorité autochtone » est consacré par l'OIT dans son document de résolution C 169. Il s'agit des peuples ayant des modes de vie et des cultures spécifiques pouvant très difficilement s'intégrer dans les modes de vie basés sur l'économie de marché sous peine de se désagréger. En ratifiant toutes les conventions internationales sur les droits de l'homme (notamment celles relatives aux droits civils, sociaux et économiques), le Cameroun reconnaît à toutes ces minorités autochtones (Pygmées, Bororos, montagnards, populations vivant dans des îlots, etc.), le droit de vivre et de se gérer selon leurs coutumes et leur culture identitaire.

Elle renvoie à la nature des arbitrages qui sont opérés entre inégalités et responsabilités où inégalité et inéquité se réfèrent à un système de valeurs rattaché aux comportements ; Ce qui nécessite de bien appréhender les valeurs et les représentations qui font l'objet des consensus dominants et d'établir au final des corrélations entre les comportements et les mesures à prendre au niveau de l'action publique.

3.1.1. Les principes fondateurs de la justice économique en rapport avec l'équité en matière d'accès à la santé

3.1.1.1. L'utilitarisme et la notion de bien-être individuel

L'*utilitarisme* est une notion fondamentale qui procède de la philosophie morale du XVIII^{ème} siècle, comme doctrine éthique qui fait référence au rapprochement de la notion du *juste* à celle de l'*utile*. C'est donc une théorie dite conséquentialiste, qui analyse la justesse d'un acte au regard de ses conséquences. Les racines de l'utilitarisme vont se chercher chez Jeremy BENTHAM [1789]²⁸⁴ qui le présente comme « *le principe du plus grand bonheur en tant que critère du bien et du mal en matière de morale en général et de gouvernement en particulier* ». Economiquement parlant, cette *utilité* serait approximée par une variable monétaire, le revenu ou la dépense, seule capable de rendre compte de la satisfaction individuelle.

Les développements de l'utilitarisme benthamien par John Stuart MILL [1806-1873] et Henry SIDGWICK [1838-1900] vont dessiner les prémices de la « première économie du bien-être » (*The Welfare Economics*) qui sera ensuite formalisée au début du XIX^{ème} siècle par PIGOU [1920]²⁸⁵. La « nouvelle économie du bien-être » verra le jour trois décennies plus tard avec l'émergence du *théorème d'impossibilité* d'ARROW [1951]²⁸⁶ qui établit l'impossibilité de construire une fonction de choix social sur la base de préférences

²⁸⁴ BENTHAM J. (1789), *Introduction to the Principles of Morals and Legislation*. London : Adamant Media Corporation, (édition 2005), 457p.

²⁸⁵ PIGOU A. C. (1920), *The economics of welfare*, Londres MacMillan: Transaction Publishers, 878p.

²⁸⁶ ARROW K. J. (1951), *Social Choice and Individual Values* (2^{ème} éd: 1963), Yale University Press, New York : Wiley, 153p.

individuelles sans recourir aux comparaisons interpersonnelles. Vu les défis inhérents à une connaissance approfondie des niveaux de bien-être des individus avant l'agrégation des indices individuels de satisfaction pour aboutir à un choix social, l'économie du bien-être va se limiter *stricto sensu* au bien-être individuel, par opposition à la société, qui relève davantage du bien-être social. Elle part de la supposition que les individus sont les mieux placés pour juger leur propre bien-être (rationalité), qu'ils cherchent à l'améliorer (utilité), et que celui-ci peut être mesuré soit directement en termes monétaires (utilité cardinale), soit sous la forme de préférences ordonnées (utilité ordinale).

Cette évolution dans la compréhension du bien-être a suffisamment nourri les débats entre théoriciens d'une science purement normative ou positive en science économique. Certains utilitaristes classiques situent l'utilitarisme à l'intersection de deux grands principes qui marquent l'idée du bonheur (*happiness*) et l'idée de satisfaction (*content*) : (i) un principe de rationalité du comportement humain, qui vise à rendre maximum le bonheur individuel, c'est-à-dire à maximiser son utilité ; (ii) un principe d'agrégation des utilités individuelles cardinales en une fonction d'utilité collective censée représenter le bien-être de la société. Si le premier principe est sans équivoque pour les disciples des pères fondateurs de cette doctrine, il n'en va pas de même pour le second, qui reste central dans les débats entre théoriciens de la justice au sens large.

3.1.1.2. *Le welfarisme*

La conception libérale de la justice sociale est celle du bien-être, pouvant faire l'objet d'une évaluation subjective par chaque individu, autonome et responsable face aux trajectoires qu'il traverse. L'ensemble des caractéristiques des individus est donc « implicitement » pris en compte puisque seul le résultat final importe, l'origine de ces caractéristiques (naturelles comme la santé et les talents qui ne dépendent pas directement de l'organisation sociale, ou celles qui sont intimement liées à une affiliation sociale) comptant peu. Si on prend pour exemple l'état de santé d'un individu et son vécu par ce dernier et par le support social qui l'entoure, la règle de justice sociale stipulerait, dans une perspective libérale distributive, que la fourniture d'un paquet complémentaire de soins à une unité ne se justifierait que si le gain espéré situe ce dernier à un seuil qui soit presque le même pour tous, de manière à pouvoir maximiser le bien-être collectif. En pratique,

cela signifie qu'en dépit de la complexité des rapports sociaux, dans un contexte où les maladies diarrhéiques et la malaria constituent de véritables problèmes de santé publique (évaluées par leur étendue et leur létalité), les soins promotionnels comme la lutte contre la drogue ou l'accompagnement psychosocial post-traumatique par exemple, seraient des soins de *luxé* compte tenu de leur caractère prohibitif et du gain espéré sur le plan social. Les interventions à large échelle et à haut impact comme les campagnes de vaccination, la supplémentation nutritionnelle, les traitements antipaludiques de masse, etc. seraient logiquement sollicitées par les pouvoirs publics, intéressés en premier lieu par les résultats globaux.

L'assurance d'une égalisation d'accès à la santé, c'est-à-dire la facilitation des conditions d'accès à ces soins (en agissant sur les différentes barrières et en adoptant un meilleur ciblage) deviendraient l'une des conditions *sine qua non* pour réduire les déficits de santé pour toutes les catégories sociales, donc les plus démunis. Certains individus seraient néanmoins portés vers le traitement des problèmes d'intérêt individuel, entraînant une certaine subjectivité dans l'expression du bien-être et donc un conflit entre la somme des individualités et le collectif.

Le social, alors analysé sous l'angle de la protection sociale, trouve ici toute sa justification dans la mesure où l'organisation d'une redistribution des revenus réduit les situations de désutilités (liées aux phénomènes d'envie et de jalousie) qui diminuent l'utilité globale [EUZEBY, 2002]²⁸⁷. La garantie d'une couverture publique minimale de certains risques sanitaires participe alors d'une fonction de santé publique, pouvant être source d'externalités positives importantes. La sécurité sociale, vecteur essentiel de solidarité institutionnalisée s'impose désormais dans ce cadre comme outil régulateur du *social sanitaire*, confortant l'idée selon laquelle la protection sociale et le système sanitaire sont à tous égards interdépendants. Cette acception fait du welfarisme une théorie du bien-être qui « *repose sur l'idée selon laquelle la qualité d'une situation peut être jugée entièrement en fonction de la qualité des utilités prévalant dans cette situation* ».

²⁸⁷ EUZEBY A. (2002), « Protection sociale et justice sociale : quelques points de repères », *Droit Social*, 9-10, 812-816.

Les économistes, et plus généralement les philosophes et les théoriciens des sciences sociales qui ont traité de ces questions retiennent deux dimensions de l'équité : (i) l'*équité horizontale*, qui consiste à traiter à égale des individus ou des ménages *égaux* (disposant par exemple du même revenu). Cette dimension de l'équité est plus difficile à opérationnaliser car, bien qu'étant égaux de ce point de vue, ces individus ou ces ménages peuvent avoir des comportements (des *préférences*) qui diffèrent ; (ii) l'*équité verticale* qui consiste à promouvoir dans la prise de décisions un poids plus grand aux individus et/ou ménages qui sont les moins bien lotis, par exemple en affectant la variation de bien-être des différents individus ou catégories d'un coefficient reflétant l'*utilité marginale sociale des revenus* (et donc d'autant plus élevé que le niveau de revenu ou de richesse est faible).

3.1.2. SEN face à RAWLS au nom de l'égalité sur la conception de la justice

Les limites du welfarisme ont suscité l'émergence de deux grandes théories dites post-welfaristes qui ont pour point d'intersection l'*égalité libérale*, mais qui divergent sur la question de l'utilité²⁸⁸, ou mieux sur l'importance de son évaluation sur les états finaux. D'une part, celle qui postule une *égalité des ressources*, portée par le critère de *maximin* de John RAWLS qui énonce qu'il importe d'égaliser les ressources devant être utilisées par les individus afin de réaliser les fins qu'ils se donnent. L'individu est ici considéré comme entièrement responsable de ses préférences et de l'utilisation des ressources dont il dispose. D'autre part, celle de l'*égalité des possibilités d'accès*, que SEN [1979]²⁸⁹ présente dans l'approche par les capacités. Suivant cet auteur, il importe, non pas d'égaliser les ressources, mais les possibilités de choix qui s'offrent à l'individu en termes de bien-être complet, l'individu n'étant qu'en partie responsable de ses préférences et de l'utilisation optimale des ressources à sa disposition. La difficulté d'établir une frontière entre ce dont les individus sont responsables de ce qui échappe à leur contrôle devient réelle.

²⁸⁸ Suivant l'approche néoclassique, l'*utilité cardinale*, mesurable à l'échelle des observations ou des jugements se différencie de l'*utilité ordinale*, qui porte sur les données exogènes et stables (*les préférences*).

²⁸⁹ SEN A-K. (1979), « Utilitarianism and Welfarism », *Journal of Philosophy*, *op. cit.*

3.1.2.1. La justice comme équité : une base morale pour l'égalité d'accès aux soins

La conception défendue par RAWLS dans sa *Theory of Justice* récuse l'utilisation du concept d'utilité comme étalon de mesure du bien-être individuel. Se référant à la possession de biens premiers, il s'éloigne de l'utilitarisme et met en relief la responsabilité entière de l'individu comme être moral dans ses choix et dans l'utilisation des ressources dont il dispose. Les individus utilisent donc leurs préférences pour atteindre les états qu'ils valorisent suivant le double principe de la liberté pour tous et de l'égalité démocratique, le bien-être étant conditionné par l'accès à ces biens premiers.

Pour RAWLS [1971]²⁹⁰, les individus sont traités sur un pied d'égalité, non pas en éliminant les inégalités mais en se départant de celles qui sont au désavantage de certains individus ou groupes de personnes. Sa conception de la justice sociale repose sur une idée centrale que : « *Tous les biens sociaux premiers, les droits et les libertés fondamentales dans un contexte d'égalité des chances, les pouvoirs et les prérogatives attachées aux différentes fonctions et positions dans les institutions politiques et économiques de la société, les revenus monétaires et la richesse, les bases sociales du respect de soi, doivent être distribués de façon égalitaire, sauf si une inégale distribution de l'ensemble de ces biens ou de l'un d'entre eux bénéficie aux plus défavorisés* ». Il propose, pour corriger les handicaps non mérités, un principe de réparation : « *... pour offrir une véritable égalité des chances, la société doit consacrer plus d'attention aux plus démunis quant à leurs dons naturels et aux plus défavorisés socialement par la naissance. L'idée est de corriger l'influence des contingences dans le sens de plus d'égalité* ».

Entérinant l'idée d'une impossibilité de séparer complètement les talents, la volonté et l'effort, RAWLS propose de partir de la conception de la personne comme être moral et d'en déduire les principes de justice qui devraient gouverner les institutions d'une société juste. Ces principes, qui sont définis à partir d'une méthode jugée équitable et qui sont donc justes, susciteraient l'adhésion volontaire d'individus placés sous un *voile d'ignorance*. Les individus placés sous ce voile d'ignorance ne disposent pas suffisamment d'informations (incertitude absolue ou asymétrie d'information) sur leurs

²⁹⁰ RAWLS J. (1971), *A Theory of Justice*, The Belknap Press of Harvard University Press, *op. cit.*

dotations et leur situation relatives. Ils sont donc raisonnablement amenés à faire le choix des principes d'organisation sociale : principes d'égalité liberté, de différence et d'égalité des chances.

Ignorant tous les éléments jugés arbitraires d'un point de vue moral, et donc non pertinents (comme leurs caractéristiques naturelles, leur position sociale, leur appartenance à un groupe spécifique, etc.), les individus vivent les situations d'inégalité comme étant socialement justes²⁹¹. RAWLS définit alors les règles de justice sociale comme une contribution à l'équité qui en soi ne s'oppose point à l'égalité puisqu'elle découle d'une configuration différente du système des inégalités. Les principes de justice qui en découlent déterminent la distribution des ressources que sont les biens premiers, lesquels seront utilisés ensuite selon les désirs propres à chaque individu. La notion de responsabilité devient centrale et l'individu considéré comme responsable de ce qu'il contrôle, donc de ses préférences et de ses choix effectifs. La société aura dans ce cas la responsabilité de garantir une équité dans la répartition des ressources ; idée que FLEURBAEY [1995²⁹², 1996²⁹³] résume en ces termes : « *les institutions justes instaurent un partage de responsabilité entre la société et les individus. La société garantit à chacun une part équitable des richesses et biens primaires, et les individus assument la formation, la révision et la réalisation de leurs fins particulières* ». Cette assertion ajoute une strate supplémentaire lorsqu'il établit une liste de six *réalisations fondamentales* qui lui semble revêtir une certaine pertinence dans les sociétés occidentales.

RAWLS déduit de sa théorie deux principes de justice qu'il énonce ainsi : (i) un principe d'égalité des libertés fondamentales suivant lequel « *chaque personne doit avoir un droit égal au système total le plus étendu de libertés de base égales pour tous, compatible avec un même système pour tous* »²⁹⁴ et ; (ii) un principe d'égalité démocratique qui se

²⁹¹ Il convient de rappeler qu'au Cameroun, si la pauvreté est mal vécue et ouvre la voie à des protestations, les inégalités sociales sont par contre plus ou moins acceptées dans plusieurs milieux du fait de l'organisation sociale traditionnelle. Aussi, la prise de décision dans l'accès aux services de santé pour les femmes (notamment à la santé maternelle) est très souvent du ressort du mari ou de la belle-famille [NKWENKEU, 2004a].

²⁹² FLEURBAEY M. (1995), « Equal Opportunity or Equal Social Outcome? », *Economics and Philosophy*, Cambridge University Press.

²⁹³ FLEURBAEY M. (1996), *Théories économiques de la justice*, Paris, Economica.

²⁹⁴ RAWLS J. (1971), *A Theory of Justice*, The Belknap Press of Harvard University Press, op. cit.

décompose en deux sous-principes. L'un porté sur le principe de différence, affirmant que «*les inégalités d'avantages socioéconomiques doivent être telles qu'elles soient au plus grand bénéfice des plus désavantagés* », et l'autre sur celui d'égalité des chances, qui a préséance sur le précédent, selon lequel ces inégalités doivent raisonnablement être «*attachées à des positions et à des fonctions ouvertes à tous* ». La prise en charge des malades et l'évitement des situations morbides (à travers l'immunisation, la supplémentation nutritionnelle, la promotion des pratiques saines et l'amélioration du cadre de vie par des actions visant à assainir l'environnement physique comme la latrinitisation, etc.) sont par conséquent des compléments à la redistribution. Cela signifierait au sens de RAWLS qu'il y aurait un caractère juste à réallouer les ressources sociales et économiques de santé vers les individus qui en ont le plus besoin, c'est-à-dire l'application d'une « discrimination positive » en faveur des plus démunis ou qui présentent le plus de besoins. Le problème majeur de cette théorie est qu'elle ne prend pas en compte la capacité propre qu'a un individu à utiliser ses biens premiers pour atteindre les fins qu'il poursuit.

Les développements de RAWLS ont fait l'objet de trois grandes critiques au nom de la liberté ou de l'égalité. On leur reproche de ne pas respecter assez les droits de propriété de la personne sur elle-même [NOZICK, 1974]²⁹⁵, de penser qu'il est possible de trouver des principes de justice indépendants des valeurs de chaque communauté [SANDEL, 1999]²⁹⁶, d'ignorer que tous les individus n'ont pas des capacités égales à utiliser les biens premiers [SEN, 1980]²⁹⁷. DWORKIN pour sa part cherche comme RAWLS à égaliser les ressources, mais confère à l'individu une totale responsabilité en matière de préférences, de choix de vie et de l'utilisation effective des ressources suivant ses talents. Pour lui, les ressources externes, qui sont échangeables (denrées), et les ressources internes non échangeables, comme le talent (et son pendant qui est le handicap) et les autres aptitudes naturelles doivent être prises en compte dans toute démarche politique visant la réduction des inégalités.

²⁹⁵ NOZICK R. (1974), *Anarchy, State and Utopia*, Blackwell, Oxford, trad.fr. *Anarchie, État et Utopie*, 1988, Presses universitaires de France, Paris.

²⁹⁶ SANDEL M. (1999), *Le libéralisme ou les limites de la justice*, Paris, Le Seuil.

²⁹⁷ SEN A-K. (1980), « Equality of What? », in S. McMurrin (ed.), *The Tanner Lectures on Human Values*, vol.1, University of Utah Press, Salt Lake City, reprinted in Sen 1982, 353-369.

Les individus sont donc supposés connaître leurs préférences, le niveau et la distribution des revenus au sein de la société, mais ignorent leurs ressources internes²⁹⁸. Ils doivent déterminer les manques de ressources internes contre lesquels ils souhaitent s'assurer, et les compensations auxquelles ils peuvent prétendre à travers les systèmes de protection sociale ou les mécanismes communautaires et familiaux d'entraide existants. Dans cette logique, le social, et la protection sociale en particulier, est amené à occuper une place centrale, surtout dans un contexte propice à l'accroissement des inégalités. La sécurité protectrice qui correspond aux dispositions étatiques en termes de justice sociale devient nécessaire pour la fourniture d'un filet de sécurité à travers les dispositions institutionnelles qui peuvent être formalisées (allocations, assurance, etc.) ou exceptionnelles (fonds d'indigence, programmes pro-pauvres, etc.). L'interventionnisme social viendrait ainsi corriger les effets du hasard sur les aptitudes individuelles et à faire bénéficier les plus défavorisés du progrès économique et des richesses générées par la nation toute entière. En revanche, il conviendrait de repenser la construction des dispositifs de protection sociale en Afrique, et de renforcer véritablement les institutions communautaires dans leur mission sociale visant l'égalité des chances et la lutte contre les inégalités à travers un traitement social de proximité.

3.1.2.2. Le changement d'espace d'évaluation du bien-être

L'inclusion dans le jeu social des plus défavorisés se situe au croisement des différents courants de la justice sociale (qu'il s'agisse des courants welfaristes ou post-welfaristes) comme nous venons de le constater. Si SEN considère pour sa part qu'assurer l'équité c'est bien réduire les inégalités dans les « opportunités »²⁹⁹, il prend de la distance avec la classique et insuffisante inégalité monétaire en approfondissant les notions de *fonctionnements* et de *capabilités*³⁰⁰. Il prescrit une focalisation sur les libertés

²⁹⁸ En Afrique, le niveau d'information et la capacité d'analyse des populations sur les mécanismes de la politique économique au niveau micro et macro sont très faibles.

²⁹⁹ Les *opportunités* au sens de SEN représentent l'ensemble des libertés d'accomplir qui permettent d'améliorer la qualité de vie.

³⁰⁰ Les *fonctionnements* sont les modes de vie et pratiques sociales qui déterminent l'usage des biens et leur confèrent une plus ou moins grande utilité. Ils représentent ce que la personne peut être et peut faire compte tenu de ses caractéristiques personnelles et de son environnement socio-économique.

d'accomplir et non sur les accomplissements réels, se situant également en porte-à-faux de la démarche welfariste.

Ce n'est donc pas seulement au regard de la distribution initiale des biens premiers sociaux (libertés de base, chances d'accès aux différentes positions sociales, revenu, etc.) que la justice sociale doit être évaluée, mais également et surtout à l'aune des possibilités qu'ont les individus de les transformer en libertés pour poursuivre leurs objectifs. SEN affirme:

«for many evaluative purposes, the appropriate “space” is neither that of utilities (as claimed by welfarists), nor that of primary goods (as demanded by RAWLS), but that of the substantive freedoms – the Capabilities – to choose a life one has reason to value » [SEN, 1999].

L'égalité doit de ce fait être centrée sur un certain nombre d'opportunités réelles de fonctionnement qui s'inscrivent dans des significations individuelles et collectives qui leur donnent du sens. Dans cette perspective, il souligne, premièrement, le fait que les individus sont les acteurs de leur propre bien-être et, deuxièmement, que ce bien-être dépend de la réalisation des buts et des valeurs qu'une personne a des raisons de poursuivre, qu'elles soient en rapport ou non avec son propre bien-être. Les individus doivent toujours être traités comme des fins et jamais seulement comme des moyens car ils sont par nature différents et en aucun cas interchangeables ou substituables [BERTIN, 2007]³⁰¹, ce qui amène à distinguer la liberté individuelle de la responsabilité sociale. La société doit s'organiser en fonction de sa capacité à promouvoir les capacités humaines qui dépendent aussi bien des caractéristiques personnelles que de l'organisation sociale.

En critiquant l'approche libertarienne³⁰², SEN puise dans la pensée libérale classique ancienne pour constituer une alternative au welfarisme. Pour lui, la justice sociale impose

³⁰¹ BERTIN A. (2007), *Pauvreté monétaire, pauvreté non monétaire : une analyse des interactions appliquée à la Guinée*, op. cit.

³⁰² Suivant l'approche libertarienne défendue notamment par HAYEK et NOZICK, les libertés individuelles demeurent dans toutes leurs dimensions, la seule valeur fondamentale. Or, garantir également la liberté à chacun implique que le gouvernement ne cherche pas à infléchir la répartition primaire des revenus et des richesses.

que l'inégale distribution en aptitudes naturelles soit corrigée par une action de redistribution collective. Il s'intéresse aux chances de bien-être en leur donnant comme contenu non pas la satisfaction des préférences (c'est-à-dire l'utilité), mais la qualité de vie (les réalisations). Le bien-être doit dans ce sens être compris comme la capacité d'agir, c'est-à-dire la possibilité concrète qu'ont les individus d'accomplir certaines actions importantes de leur point de vue. SEN distingue ainsi :

- i. les *capabilités*, autrement dit, les potentialités réelles qu'ont les individus d'atteindre les buts qu'ils se fixent et, de façon liée, la liberté qu'ils ont de choisir tel ou tel type de vie ;
- ii. les *fonctionnements* des individus, qui désignent leurs façons d'être et d'agir.

Mettant en exergue l'égalitarisme des opportunités, il définit la capacité comme « *l'opportunité de fonctionner* », c'est-à-dire la faculté pour les individus de faire et d'être ce qui est pour eux raisonnablement valorisé (possibilité d'être bien nourri, d'être convenablement vêtu et logé, d'échapper à la morbidité, de prendre part à la vie de la société, de se montrer en public sans honte, etc.). Ceci suppose également une discrimination positive en faveur des groupes suivant les critères sociaux ou géographiques pour leur permettre d'augmenter leur chance de réussite sociale.

Considérant à la suite de SEN (à ce titre, SEN considère la mortalité comme un indicateur de succès ou d'échec)³⁰³ la santé comme une réalisation fondamentale, SCHNEIDER-BUNNER [1997]³⁰⁴ en tire 2 principales interprétations qui soutiennent que l'accès aux soins devrait être identique pour tous : (i) les individus devraient avoir la même possibilité d'acquérir les soins et ; (ii) les individus devraient bénéficier de soins identiques s'ils ont les mêmes besoins.

L'identification des poches de vulnérabilité (élaboration d'une cartographie de vulnérabilité pour établir les trappes à pauvreté sanitaire par rapport à la demande de

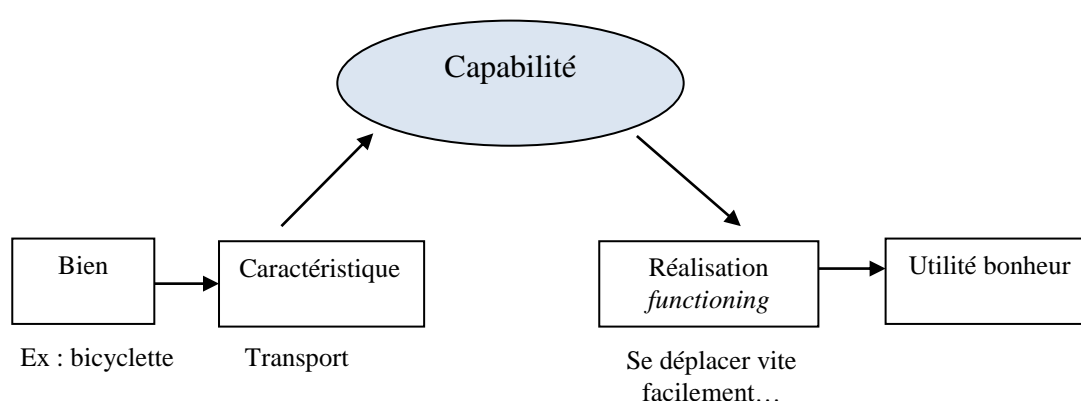
³⁰³ SEN A-K. (1998), « Mortality as an indicator of success or failure », *Economic Journal*, 108, 1-25.

³⁰⁴ SCHNEIDER-BUNNER C. (1997), *Santé et justice sociale. L'économie des systèmes de santé face à l'équité*. Ed. Economica, 273 p.

santé) et des zones faiblement couvertes (disponibilisation et actualisation régulière de la carte sanitaire faisant ressortir les zones délaissées par l'offre publique de santé) pourraient constituer des points d'entrée stratégiques des politiques sanitaires exhaustives combinant les approches universelles et sélectives. Car, malgré la volonté de formuler des mesures novatrices, la proportion des dépenses publiques qui parvient réellement aux plus pauvres reste faible ; ce qui est bien repris par RAINWATER à partir des expériences passées lorsqu'il annonce que « *les dispositifs réservés aux pauvres se transforment [de plus en plus] en pauvres dispositifs* » [RAINWATER, cité par MATH, 2002]³⁰⁵.

Ce qu'il convient de retenir est que cette approche par les capacités refuse d'endosser la base informationnelle proposée par RAWLS – les *biens premiers* – pour évaluer le bien-être humain et les arrangements sociaux. L'argument principal présenté par SEN est que l'évaluation du statut des individus au sein de la société doit nécessairement dépasser l'utilité, le revenu, les droits et les autres ressources, qu'il considère comme inadéquats. Elle doit plutôt s'orienter vers les libertés et les opportunités d'être et de faire ce que les individus « ont raison de valoriser », en d'autres termes la qualité de leur vie (*quality of life*). En ce sens, l'approche par les capacités, si elle ne peut être considérée comme une théorie de la justice, offre un cadre d'analyse pertinent à l'analyse des états sociaux.

Graphique 17. La transformation des biens en utilité selon SEN



Source : PEREIRA, 1993³⁰⁶

³⁰⁵ MATH A. (2002), « Les dépenses de protection sociale à destination des familles en Europe – des évolutions ni convergentes ni inéluctables », *Informations sociales*, 102.

³⁰⁶ PERIERA J. (1993), « What does Equity in Health Mean? », *Journal of Social Policy*, 22(1), 19-48.

En résumé, l'approche par les capacités s'articule autour de trois concepts. Les *ressources* correspondent aux biens et services à la disposition d'une personne ; par extension, il s'agit des droits formels (droit à la santé, droit à l'éducation, etc.). Les *capabilités* s'apparentent à la liberté réelle de choisir son mode de vie. La possession des ressources ne suffit donc plus à garantir la liberté réelle des personnes. Il faut pouvoir être capable de les utiliser – via des facteurs de conversion favorables – dans un contexte social et environnemental qui peut y faire obstacle. Enfin, les *fonctionnements* qui représentent les états (*beings*) et les actions (*doings*) permettant de designer le comportement effectif des personnes. Pour lui, la justice sociale passe par l'égalisation des capacités, ensuite libre à chacun de les traduire ou non en fonctionnements. La capacité devient « *un ensemble des vecteurs de fonctionnements, qui indique qu'un individu est libre de mener tel ou tel type de vie* » [SEN, 1992]³⁰⁷.

Même si cette dernière clarifie davantage la notion d'égalitarisme comme justice sociale, son opérationnalisation n'est pas évidente dans la mesure où elle peut constituer un élément d'une théorie de la justice. L'interprétation critique de Martha NUSSBAUM l'amène à inscrire l'approche par les capacités dans une perspective aristotélicienne afin de lui attribuer un caractère universaliste. NUSSBAUM [1988]³⁰⁸ distingue dans ces prolongements les *basic capabilities* des *internal capabilities* et fait ressortir les capacités combinées (capacités internes et conditions externes qui permettent l'exercice de ces capacités). SEN et NUSSBAUM s'accordent à considérer que les politiques publiques doivent davantage agir sur les capacités combinées même si cette prescription semble buter sur un individualisme poussé [ROBEYNS, 2005]³⁰⁹. Non seulement il est difficile de rendre compte de manière chiffrée de l'éventail des libertés à disposition des individus, mais aussi, l'observation et la qualification des inégalités présente un problème récurrent d'évaluabilité sous le double spectre individuel et collectif, ainsi que la structuration des populations-cible et des outils de mesure de ces inégalités. SEN [1999]³¹⁰

³⁰⁷ SEN A.-K. (1992), *Inequality Re-examined*, Harvard, Harvard University Press, op. cit.

³⁰⁸ NUSSBAUM M. (1988), « Nature, Functioning and Capability: Aristotle on Political Distribution », *Oxford Studies in Ancient Philosophy, Supplementary Volume*, 145-184.

³⁰⁹ ROBEYNS I. (2005), « The Capability Approach: a Theoretical Survey », *Journal of Human Development*, 16, 93-117.

³¹⁰ SEN A.-K. (1999), *L'Economie est une science morale*, Paris : La Découverte, coll « Cahiers Libres », 125 p.

souligne qu'en mettant en avant non plus les biens premiers et les ressources, mais les capacités et les libertés, l'analyse empirique des inégalités sociales peut déboucher sur des résultats très différents. Le capital humain (bien plus que les revenus), notamment en ce qui concerne l'accès à la santé, est constitutif de ces caractéristiques qui donnent aux individus la liberté de choisir leurs fonctionnements.

Cette analyse a conduit à renouveler la perception de la pauvreté et la réflexion sur la question de l'accès à la santé dans sa globalité suivant le continuum des inégalités qui la traverse. Le principe d'égalité renvoie aux comparaisons des opportunités de différentes personnes. Un état de santé dégradé apparaît donc comme la conséquence d'une perte d'opportunité. C'est tout aussi un appauvrissement ayant une valeur intrinsèque pouvant conduire à d'autres privations, bouclant ainsi le cercle vicieux et renforçant le sentiment d'appartenance à une classe spécifique de « vulnérables »³¹¹. Il met ainsi l'accent sur l'autonomisation des personnes (comme légitimation à la restructuration des droits), leur capacité à maîtriser leur propre destin, ce qui a pour préalable la reconnaissance d'une société de « différents » où les inégalités seraient la résultante des différences assimilables à des handicaps non mérités.

3.1.2.3. Quel changement dans la conception de la justice ?

Afin d'éviter des errements doctrinaires, il nous semble important de dresser des ponts entre les concepts théoriques issus de ces deux pôles (RAWLS vs SEN)³¹², et la traduction de cette conception de l'équité dans la pratique, surtout en Afrique. La focalisation sur les points de convergence et la complémentarité plutôt que sur les divergences devient importante à ce stade dans la mesure où l'un (SEN) s'appuie sur les fondements éthiques développés par l'autre (RAWLS) et les critique en tentant de les dépasser dans le but de mieux saisir la problématique de la justice sociale comme équité à travers les mécanismes d'échanges, de distribution et de capacitation. La position défendue par SEN le rapproche davantage du « *principe de réparation* » que RAWLS avait déjà ébauché. S'il nous permet

³¹¹ Le propos de George SIMMEL prend ici tout son sens lorsqu'il affirme que « ce n'est pas la privation dont souffre une personne qui fait d'elle un pauvre d'un point de vue sociologique, mais seul le secours accordé en raison de cette privation » [SIMMEL, 1999].

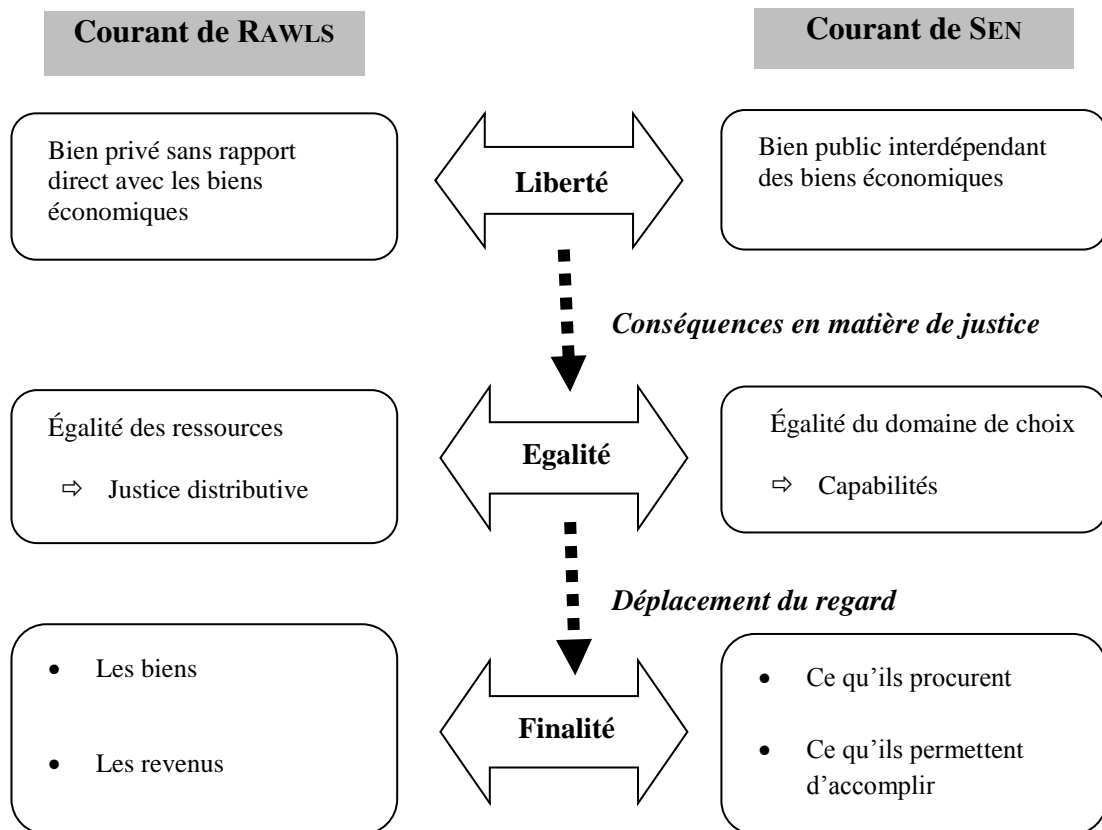
³¹² L'approche de FLEURBAEY qui porte sur les réalisations fondamentales est ici considérée comme alternative à celle de Sen, c'est pourquoi nous ne l'abordons pas comme un pôle à proprement parler.

d'emprunter aux différentes tendances l'abord de la justice sociale à travers un nouveau cadre d'analyse qui accorde une place centrale aux concepts de capacités plutôt que de biens premiers, il nous conduit également, de manière globale, à rompre avec l'assimilation de l'*efficacité* à l'économique et de l'*équité* au social.

La confrontation entre les deux approches met en évidence le fait que la possession des biens premiers équivalents par différentes personnes ne permet pas de conclure à une situation d'égalité, car, la diversité sociale et humaine détermine fortement ce que les individus sont capables de faire de ces biens premiers. SEN³¹³ défend l'idée selon laquelle les différences dans les capacités résulteraient non pas seulement des différences génériques, mais surtout de la pluralité des objectifs que les individus se fixent à eux-mêmes, et basées sur les différences socialement construites.

³¹³ Car pour SEN, l'efficacité n'est pas en soi une valeur supérieure à l'équité.

Graphique 18. Illustration du débat entre RAWLS et SEN sur la conception de la justice



Le graphique 18 résume de manière illustrative les précédents développements qui ont contribué à concilier les notions de liberté et d'égalité, lesquelles restent fondamentales dans la compréhension des états finaux. En cherchant à dépasser le théorème d'impossibilité d'ARROW, RAWLS propose la garantie des libertés civiles (égalité des droits) et des libertés fondamentales compatibles avec celles des autres. Ces libertés seraient, dans une société fictive où les individus sont couverts par un voile d'ignorance, sans rapport direct avec les biens économiques, contrairement à SEN qui les trouve inter-reliés. Le contenu donné à cette notion de liberté a des conséquences directes sur le sens que chacun des auteurs attribue à l'égalité. C'est ainsi que la théorie de la Justice de RAWLS postule que les inégalités sont acceptables dans la mesure où elles favorisent les plus démunis (*principe de différence*), d'où la notion fondamentale d'équité (ou égalité des chances) qui justifie des mesures inégalitaires. L'Etat, pour assurer les droits fondamentaux, devrait dans cette logique rawlsienne assurer une certaine redistribution et une discrimination positive en faveur des plus défavorisés (justice commutative) afin d'éviter de grandes inégalités de richesse qui mettraient en danger les biens premiers. Pour

SEN, la priorité est d'égaliser les capacités des individus ou mieux, leur capacité à transformer une égalité des chances en égalité d'accès réel au bien-être. SEN déplace son regard sur les effets induits par le débat liberté-égalité qu'il qualifie de stérile, car les différents types d'égalité sont par essence incompatibles : tout choix d'égalité s'accompagne nécessairement par la réduction des inégalités dans un domaine et d'une augmentation dans un autre. Il matérialise sa critique aux utilitaristes en prenant pour exemple la misère des pays du Sud où les pauvres sont souvent tellement découragés qu'ils ne désirent plus rien. Pour lui, fonder la justice sociale sur l'utilité individuelle n'a pas de sens ; on ne peut pas mesurer l'optimum social par la satisfaction des désirs, mais par ce que l'égalité procure et permet d'accomplir.

La prise en compte de la contrainte d'équité et la focalisation sur les capacités permettent donc de relier de façon cohérente les politiques économiques (notamment de lutte contre la pauvreté) et sanitaires (conciliation de l'offre et de la demande de santé), inscrivant la dialectique économique-social dans un objectif de cohésion sociale. La recherche de l'équité devient en ce sens la quête d'une forme supérieure d'égalité. L'approche des inégalités de santé par les capacités offre un éclairage nouveau et pertinent³¹⁴ et, le « *capital social* » devient un élément intégrateur des politiques publiques de santé à travers les mécanismes étatiques et communautaires de prévoyance et de gestion du risque maladie.

a. La mesure et la qualification de la pauvreté et des inégalités de santé

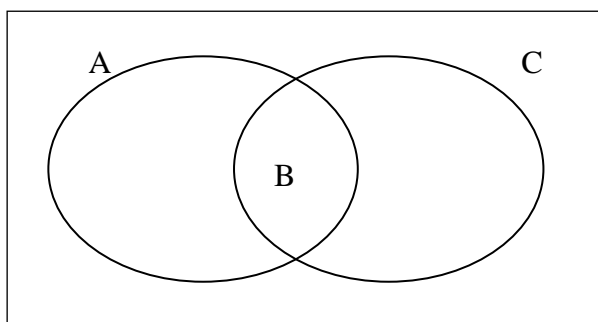
La nécessité de se positionner d'un point de vue normatif par rapport à l'éventail des concepts en présence nous amène à soutenir, à l'aune des théorisations qui ont précédé, que l'évaluation de la pauvreté (sanitaire) doit se fonder sur ce qui fait spécialement besoin à la population étudiée. A cause des multiples contraintes qui y sont attachées cependant, l'objectif de combler le déficit sanitaire devient difficile à atteindre dans les pays subsahariens, dans la mesure où les informations relatives aux inégalités de santé demeurent encore trop précaires. En outre, la quasi-absence de spécification des liens

³¹⁴ Le PNUD a adopté depuis 1990 un *indice composite* pour évaluer le développement humain appelé Indice de Développement Humain (IDH), calculé par la moyenne de trois indices quantifiant : la santé/longévité (mesurée par l'espérance de vie à la naissance) ; l'éducation (mesurée par le taux d'alphabétisation des adultes) et le niveau de vie (logarithme du produit intérieur brut par habitant en parité de pouvoir d'achat).

entre la dynamique de pauvreté et l'évolution des disparités en matière de santé contraste avec les nombreuses investigations relatives à la relation entre privations monétaires et inégalités en santé. Selon la nature du travail engagé, certains indicateurs peuvent être considérés tantôt comme relevant du domaine des *biens premiers* ou tantôt comme relevant de la sphère des *réalisations* [VERO et WERQUIN, 1997]³¹⁵. D'où la nécessité de prendre en compte l'intensité et la multidimensionalité de la pauvreté, même si les problèmes de mesure et d'interprétation³¹⁶ constituent encore de véritables facteurs limitatifs.

Ayant leur travail sur l'approche « cycle de vie » (principalement sur les enfants), FAITH et HOLLAND [2007] emboîtent ces deux concepts et proposent un cadre conceptuel à trois modèles pour appréhender à la fois la pauvreté et les privations. Le premier (modèle A) met l'accent sur la pauvreté matérielle et considère que la pauvreté des enfants n'est pas distincte de la pauvreté générale. Aussi, pour déterminer les solutions à adopter, les analyses sont faites au niveau communautaire et familial sur les causes sous-jacentes de la pauvreté. Ce modèle ignore les problèmes spécifiques des enfants et considère que s'ils sont défavorisés, ceux-ci peuvent bénéficier de la croissance économique par deux canaux importants : les chances d'emploi des parents et des personnes qui s'occupent d'eux et les services sociaux qui leur sont offerts.

Graphique 19. Cadre conceptuel d'analyse de la pauvreté et des disparités



³¹⁵ VERO J., WERQUIN P. (1997), « Un réexamen de la mesure de la pauvreté. Comment s'en sortent les jeunes en phase d'insertion ? », *Économie et Statistique*, 307, 308-309.

³¹⁶ L'approche souvent utilisée pour décomposer la modification de la pauvreté entre effets de croissance et de redistribution est celle proposée par DATT et RAVALLION [1992] qui prend en compte l'incidence, l'intensité et la sévérité de la pauvreté.

Le modèle A considère que la pauvreté des enfants est égale à celle de leurs familles. Tout en ayant comme avantage d'aborder les problèmes des enfants dans un cadre qui leur est plus proche, ce modèle présente l'inconvénient de ne pas prendre en compte les aspects non matériels des privations et peut ainsi faire oublier des disparités comme celles liées au sexe dont peuvent souffrir les enfants au sein de la cellule familiale.

Le modèle C saisit les résultats individuels pour les enfants. Il considère le bien-être et les privations des enfants comme « les deux revers d'une même médaille ». Ainsi, il prend en compte non seulement la pauvreté matérielle, mais aussi les aspects affectifs et spirituels des privations. Compte tenu du fait que le premier modèle ne permet pas d'isoler la pauvreté spécifique des enfants et que le troisième fait intervenir des aspects affectifs et émotionnels pour lesquels les données ne sont pas souvent disponibles, seule une conjonction des deux pourrait conduire à un meilleur captage de la pauvreté et des privations auxquelles font face différentes catégories.

Le modèle B que nous retenons dans notre travail se démarque des 2 autres, car il offre la possibilité : d'examiner la pauvreté monétaire et non monétaire qui est appréhendée par les difficultés d'accès aux services sociaux de base ; de voir comment les individus sont différemment affectés par l'insuffisance des revenus et les privations selon le sexe, l'âge et le statut au sein du ménage, de la communauté et au niveau du pays ; de séparer la pauvreté suivant différents croisements ; de montrer comment les soins en famille et la protection déterminent les chances de ne pas souffrir d'une privation. Cette transformation de rapports et d'enjeux, née des avancées de l'analyse économique, a conféré à la pauvreté un caractère social, de manière à avoir un regard plus lucide et critique sur l'évolution des indicateurs en intégrant les déterminants d'équité. Ceci oblige à repenser certains concepts fondamentaux relatifs à la pauvreté et à l'exclusion:

- (i) La pauvreté se pose en termes d'accessibilité (inclut l'accès à un revenu monétaire et aux conditions de vie) et de potentialités (qui incluent les formes de capital). Elle devient un manque et l'exclusion une impossibilité d'accès ;

- (ii) Les inégalités d'accessibilité, de potentialités, de capacités conduisent par conséquent à un accroissement de la vulnérabilité et par ricochet, à un affaiblissement de la sécurité individuelle et collective.
- (iii) La vulnérabilité résulte d'une insuffisance de potentialités face à un risque³¹⁷. Elle se joint aux capacités pour devenir des vecteurs d'accroissement de la résilience.

b. Le remodelage de l'État social à travers les systèmes de prévoyance

Dans la plupart des pays subsahariens, on s'est longtemps désintéressé des questions relatives à la sécurité sociale des populations (jadis axée sur l'emploi salarié) même si elles reprennent aujourd'hui de l'emphase sous la pression des organisations internationales et de la Banque Mondiale. Certes, dans quelques pays, la protection sociale est devenue un enjeu à divers égards (politique, économique, social), selon un modèle se rapprochant de celui des pays occidentaux. Cet intérêt croissant qui lui est porté aujourd'hui conduit à une reconnaissance accrue de sa pertinence comme outil de lutte contre la pauvreté³¹⁸. Elle apparaît donc à ce titre comme la clé de voûte des édifices de rapports sociaux et de citoyenneté qui porte en elle une valeur certaine : *la minoration du poids des inégalités à tous les niveaux à travers des filets sociaux*³¹⁹.

La sécurité sociale reste jusqu'à présent le sésame des plus aisés dans la mesure où l'immense majorité de la population, estimée à plus de 90%, ne dispose pas de couverture

³¹⁷ Vulnérabilité = Risque (Danger x Exposition) +/- Adaptation (Réponses/Options) Où: *Risque* = la probabilité et l'importance de l'occurrence d'un danger ; *Danger* = les menaces actuelles et/ou potentielles pour les humains et leur bien-être ainsi que pour les écosystèmes, leurs biens et services; *Exposition* = la susceptibilité à des impacts et/ou des pertes ; *Adaptation* = capacité d'ajustement d'un système en réponse aux conditions nouvelles ou changeantes de son environnement ; *Options* = les différents possibilités de répondre aux changements ; *Réponses* = les mécanismes ou les actions prises en réaction aux impacts et effets présents et futurs.

³¹⁸ L'approche suivie par la Banque Mondiale en matière de protection sociale est celle du « *social risk management* » (gestion des risques sociaux), définie comme les actions visant à aider les individus et les communautés à mieux gérer les risques et à apporter un soutien à ceux qui sont particulièrement pauvres [HOLTZMANN et JORGENSEN, 2000].

³¹⁹ Les *Filets Sociaux* sont des transferts non-contributifs ciblés aux populations pauvres ou vulnérables. Dans les programmes de Filets Sociaux sont inclus : (i) les transferts monétaires, conditionnels ou non ; (ii) la distribution d'aliments (par exemple dans le cadre de Cantines scolaires, les programme de soutien nutritionnel pour les enfants, etc.); (iii) les emplois temporaires (dans le cadre de travaux publics à haute intensité de main-d'œuvre (HIMO), par exemple) ; (iv) les subventions générales des prix des aliments ou des carburants ; (v) les exemptions de droits pour les services essentiels de santé et d'éducation.

sociale. Il faut préciser qu'après la vague des indépendances des années 60, l'option prise par les décideurs politiques était de limiter la couverture de la sécurité sociale publique aux fonctionnaires, aux agents contractuels de l'Etat et aux salariés relevant du code du travail, immatriculés et en mesure de verser des cotisations régulières. Ces politiques peu éclairées, parcellaires, et dans la plupart des cas inefficaces, ont conduit à une société duale : une poignée d'assurés et d'assistés d'un côté, et la « population sandwich », très majoritaire, ni assurée ni assistée, de l'autre. Le secteur informel, les populations rurales, les professions libérales, les commerçants, les travailleurs indépendants et les chômeurs furent ainsi totalement exclus du système public. Cette démarche tenait compte de la relative prospérité économique des États dans un contexte d'après-indépendance³²⁰ et partait du postulat « *qu'une proportion croissante de la population active des pays en développement finirait par trouver un emploi dans le secteur formel de l'économie ou par exercer une activité indépendante en étant au bénéfice de la protection sociale* »³²¹. Les États-Providence devraient alors mettre en place certains services, comme les soins de santé par exemple, qui ne seraient pas soumis aux lois du marché mais assurés par eux et dispensés gratuitement.

Face à la crise sans précédent qui a frappé les économies africaines depuis plus de deux décennies, les secteurs informel et agricole ont connu une explosion sans précédent, regorgeant plus de 80% de la force de travail active. De plus, les programmes d'ajustement structurels n'ont quasiment jamais pris en compte les régimes de sécurité sociale, alors que ceux-ci ont bien subi les conséquences (fermetures et restructuration d'entreprises, insolvabilité des employeurs particulièrement dans le secteur public, etc.), contribuant ainsi à l'érosion de l'assise financière des régimes. L'effort du pays a donc porté pendant longtemps sur la couverture d'assurance maladie pour la catégorie des «°privilégiés», la question des inégalités dans l'accès aux services sociaux été simplement ignorée. Le rapprochement de la santé et de la protection sociale devient plus que nécessaire, compte tenu des déterminants de la santé qui dépassent largement le cadre médical (logique curative) et qui ont des impacts forts en matière de santé (alimentation de

³²⁰ La croissance économique des Etats après les indépendances (années 60) était basée pour l'essentiel sur les secteurs agricole et pétrolier, fortement tributaires du contexte international et du commerce mondial et d'une surévaluation des monnaies nationales.

³²¹ FONTENEAU B. (1999), *L'Economie sociale et solidaire au Nord et au Sud*, op. cit.

qualité et variée, qualité de l'environnement (air, eau...), estime de soi et insertion sociale, activité physique, etc. (logique préventive et promotrice).

D'où le développement des réponses en matière de protection sociale qui visent une plus grande équité face au système de santé. Les professionnels du secteur social et de prévention de proximité (PMI, médecine scolaire, médecine du travail, ...) doivent par conséquent agir comme des acteurs du système de santé et donc partenaires actifs dans la mise en œuvre des politiques publiques de santé. L'inclusion sociale qui en résulte concourt à renforcer le lien déjà évident entre la qualité de vie collective et la capacité de faire des choix individuels (au sens de SEN). Ce qui nécessite un ciblage accru et adéquat, un cadre normatif minimum et une certaine protection légale, les politiques de protection sociale devant être sélectives en ce sens qu'elles comportent des conditions d'éligibilité destinées à les circonscrire.

A partir des années 90, des mouvements mutualistes se développent (organisations paysannes et confessionnelles, coopérative, syndicats) et tentent, par les services qu'ils offrent, de combler le vide institutionnel en promouvant l'accessibilité aux soins de à travers un mécanisme de partage des risques et de mise en commun des ressources. Cependant, la qualité des services rendus, leur sérieux et leur fiabilité échappent encore au contrôle de l'État. Or, la promotion de l'assurance maladie, notamment des mutuelles de santé, apparaît comme l'une des priorités de la politique de santé actuelle, même si leur traduction dans les faits tend à se bloquer.

A côté des mutuelles, se développent également des réseaux informels de solidarité au sein des familles, des groupes ou des communautés, pour prévenir et préparer certains risques liés à la personne (l'exemple des tontines). Le développement de toutes ces formes de structures au sein desquelles les membres bénéficient d'une manière ou d'une autre de la sécurité sociale (décès et maladie plus particulièrement) s'inscrit dans un contexte de faible capacité institutionnelle et/ou juridique, qui expose ainsi les membres à certains risques graves (non-sécurisation des fonds par exemple). Il faut relever par ailleurs que ces systèmes palliatifs sont loin de couvrir tous les besoins ressentis, du fait de la sobriété de leurs moyens financiers. On constate également, dans certaines structures, des conflits liés au fait que la philosophie initiale centrée sur le social laisse de plus en plus la place à des

logiques financières (prêts assortis de forts taux de remboursement). Il ne suffit donc plus pour les populations de disposer des biens et services (attributs encore majoritairement utilisés dans l'évaluation de la pauvreté dans la plupart des études) mais de les amener à les utiliser réellement et d'en faire des facilitateurs de bien-être suivant leurs aspirations et les possibilités d'accès qui s'offrent à elles. L'offre des services de santé devra dans ce cas recéler une certaine pertinence en raison de la spécificité des difficultés rencontrées par les différents groupes sociaux et du caractère singulier de leur mode de vie. D'où l'intérêt à utiliser simultanément des sources et des approches différentes, et à multiplier les angles.

Les approches quantitatives trouvent vite leur limite et devraient être complétées par d'autres travaux plus qualitatifs. Des approches sociopolitiques portant sur le rôle des acteurs et la dynamique des systèmes de protection sociale seraient en particulier utiles pour comprendre plus au fond pourquoi et comment la sélectivité des systèmes de protection sociale évolue.

3.2. ÉVOLUTION DES INDICATEURS D'EFFICACITÉ ET D'ÉQUITÉ

Le concept d'efficacité est généralement utilisé pour décrire les relations entre les facteurs (*inputs*) et les produits (*outputs*) d'une intervention ou d'un programme. Dans le cadre d'une politique de santé, elle s'inscrit dans la détermination des facteurs qui contribuent à optimiser le bien-être sanitaire de l'ensemble de la population. Plutôt que de mobiliser une batterie d'outils, nous optons pour des indicateurs considérés à priori comme étant des «° traceurs » et qui permettent de renseigner sur la sélectivité des dépenses publiques de santé et l'accès égalitaire aux services délivrés. Cette mesure de l'optimalité des allocations des ressources publiques et de leur distribution équitable permet d'approximer, sur une base libérale et égalitariste, la performance d'un système de santé.

Comprise comme la mise en œuvre du principe d'égalité dans sa compréhension la plus complète, l'équité en matière de santé peut se résumer autour de ses 2 dimensions : (i) l'équité verticale qui met l'accent sur le financement du système de santé et qui se matérialise lorsque les personnes ayant des capacités contributives inégales assurent une contribution proportionnellement inégale au financement du système de santé [LACHAUD et ROCHAIX, 1995³²² ; KAKWANI, 1977³²³] ; (ii) l'équité horizontale qui donne une indication sur les soins et les états de santé, mettant l'accent sur l'égalité de traitement pour ceux qui ont des besoins de santé égaux [CULYER et WAGSTAFF, 1993]³²⁴.

L'équité horizontale porte donc sur le caractère redistributif des systèmes et vise l'égalité des dépenses moyennes par habitant et l'égalité d'accès aux soins. En se référant à la notion d'accès, il est plus aisé de définir objectivement l'équité à partir des enquêtes sur la consommation des soins par les ménages. Le critère d'efficacité de Pareto [ARROW,

³²² LACHAUD C., ROCHAIX L. (1995), « Équité des systèmes de santé : une comparaison européenne », *Revue d'Economie Financière*, numéro spécial santé, octobre 1995.

³²³ KAKWANI N.C. (1977), « Measurement of tax progressivity: an international comparison », *Economic Journal*, 87, 71-80.

³²⁴ CULYER A. J., WAGSTAFF A. (1993), « Equity and equality in health and health care », *Journal of Health Economics*, 12(4), 431-457.

1951]³²⁵ et celui de la justice sociale porté sur l'égalitarisme [SEN, 1979]³²⁶ constituent des instruments opportuns à l'analyse étant donné que la recherche d'une certaine forme d'égalité, si elle ne repose pas sur un égalitarisme des états de santé (impossible à obtenir), vise à assurer une égalité dans le recours aux soins [WAGSTAFF et VAN DOORSLAER, 2000]³²⁷. Ce préalable nous amène à recentrer notre analyse sur l'équité horizontale en mesurant la progressivité de l'accès aux soins pour les populations de différentes catégories socioéconomiques.

3.2.1. Critères et indicateurs d'analyse de l'efficacité et de l'équité dans la mise en œuvre des politiques sanitaires

Il est important de limiter le nombre de critères d'analyse et de ne retenir que les plus pertinents qui permettent d'interroger l'évolution du phénomène sur lequel la politique publique agit. Nous admettons que la probabilité de voir se manifester des impacts non prévus reste élevée [BARDACH *et al.*, 2000]³²⁸ et peut constituer un véritable bruit de fond pour l'analyse. Aussi, il importe de prendre en compte des erreurs de mesure qui peuvent être de véritables facteurs de perturbation (nécessitant des facteurs de correction) comme le relèvent NKWENKEU *et al.* [2002]³²⁹ à partir d'une analyse croisée des données d'enquêtes utilisant le *Nutrient Analysis Program* développé par la *Home Economics Department of University of Prince Edward Island*, complété par celui de la *Michigan State University Nutrient Data Bank* et la mesure directe (technique de duplication

³²⁵ ARROW K. J. (1951), *Social Choice and Individual Values*. op. cit.

³²⁶ SEN, A-K. (1979), « Utilitarianism and Welfarism », op. cit.

³²⁷ WAGSTAFF A., VAN DOORSLAER E. (2000), *Equity in Health Care Finance and very*, in A.J. CULYER ET J.P. NEWHOUSE *Handbook of Health Economics*. Elsevier, Amsterdam, 1803-1862.

³²⁸ BARDACH E. (2000), *A practical guide for policy analysis: the eightfold path to more effective problem solving*. New York: Chatham House Publishers Seven Bridges Press.

³²⁹ NKWENKEU F. S., KENNEDY G., PHILIPPE S., ZAYED J. (2002), « Oral manganese intake estimated with dietary records and with direct chemical analysis », *The Science of the Total Environment (Elsevier Science Publishers, Finland)*, 287 (1-2), 147-153.

alimentaire). Dans notre travail, nous partons des critères définis par RIDDE [2003]³³⁰ et qui résument les quatre développés par la *Center for Health Economics* de l'Université de York : efficience technique, efficience dans l'allocation des ressources, équité et qualité [MC PAKE et KUTZIN, 1997]³³¹. L'OMS propose comme critères à utiliser l'efficience (de l'allocation et technique), l'équité (dans l'accès et le financement) et la viabilité financière [BARDACH *et al.*, 2000]³³². En tout état de cause, la Banque Mondiale, et de plus en plus l'OMS, emploient la dichotomie *efficacité vs équité* [RIDDE, 2004]³³³.

L'équité peut également s'entendre sous l'angle de la redistribution au sein d'une population, de l'accès aux dépenses de santé ou de l'utilisation des services de santé [MC PAKE et KUTZIN, 1997]³³⁴. Dans le premier cas, elle permet de montrer dans quelles mesures les politiques sont distributives (progressives) ou régressives alors que dans le second, elle permet de traiter le problème de l'accès aux services distribués (équitables). Suivant la définition de l'équité que nous retenons concernant l'utilisation des services, l'accès à la santé doit exclusivement se fonder sur les besoins des individus et non sur des considérations socioéconomiques, spatiales, politiques et ethniques [WHO, 1996]³³⁵.

Les déterminants de l'accès et de l'utilisation étant nombreux (géographique, culturel...) et les capacités économiques des ménages n'étant pas les seuls facteurs influençant l'accès aux soins comme nous venons de le constater à travers les différents modèles portés sur la demande de santé, les coûts d'opportunité et les coûts indirects étant parfois prépondérants. Il n'en demeure pas moins que le paiement des soins constitue l'une des

³³⁰ RIDDE V. (2003), « Fees-for-services, cost recovery, and equity in a district of Burkina Faso operating the Bamako Initiative », *Bulletin of World Health Organization*, 87(7), 532-538.

³³¹ WITTER S., ENSOR T., JOWETT M., THOMPSON R. (2000), *Health economics for developing countries. A practical guide*. London and Oxford: MacMillan Education Ltd.

³³² MC PAKE B., KUTZIN J. (1997), *Méthodes d'évaluation des effets des réformes des systèmes de santé* Geneva: OMS (Division de l'analyse, de la recherche et de l'évaluation), vol. 13.

³³³ RIDDE V. (2004), « L'évaluation de programme en santé internationale : qu'est-ce que c'est, comment la planifier et utiliser une approche participative ? », *Développement et Santé*, 169, 23-29.

³³⁴ Ibid.

³³⁵ WHO. (1996), *Equity in health and health care : a WHO/SIDA initiative* (Vol. WHO/ARA/96.1), Geneva.

plus importantes barrières à l'accès aux soins [CREESE et KUTZIN, 1997³³⁶ ; RIDDE, 2003³³⁷], faisant de l'équité d'accès aux soins un corollaire de l'équité du financement des services pour toute politique publique de santé.

L'efficacité et l'équité conçus comme des concepts sont illustrées par un certain nombre d'indicateurs objectifs présentés dans le tableau 8 ci-après qui permettent le passage d'une formulation abstraite des deux concepts à une observation concrète, à l'aide d'indicateurs traceurs vus comme des instruments de mesure et utilisés comme des points de repère dans l'appréhension du phénomène que nous étudions [SAUCIER et BRUNELLE, 2003]³³⁸. Nous rétrécissons notre analyse sur un nombre limité d'indicateurs d'efficacité (vaccination, consultation prénatale, utilisation des services curatifs, recouvrement des coûts, accessibilité aux médicaments essentiels, participation de la population) et d'équité (répartition interrégionale des ressources, utilisation des services, mesures d'exception, perception de la qualité des services, participation des groupes vulnérables) en fonction de la capacité des bases de données nationales à les renseigner. Ces bases de données sont celles des enquêtes camerounaises auprès des ménages (ECAM 1996, 2001 et 2007), des enquêtes démographiques et de santé (EDS 1991, 1998, 2004) et de l'enquête sur le recours aux soins et aux médicaments (RSM 2005). Pour compléter les analyses, nous utilisons également les données de l'enquête nationale sur la couverture vaccinale (ECV 2001) et de l'enquête par grappes à indicateurs multiples (MICS, 2004).

³³⁶ CREESE A. & KUTZIN J. (1997), « Lessons from cost recovery in health », in: C. COLCLOUGH (ed.), *Marketizing education and health in developing countries, miracle or mirage?* Oxford : Clarendon press, 37-62.

³³⁷ RIDDE V. (2003), « Fees-for-services, cost recovery, and equity in a district of Burkina Faso operating the Bamako Initiative ». *Bulletin of World Health Organization*, op. cit.

³³⁸ SAUCIER A. & BRUNELLE Y. *Les indicateurs et la gestion par résultats* (1995) cité par RIDDE V. « Fees-for-services, cost recovery, and equity in a district of Burkina Faso operating the Bamako Initiative ». *Bulletin of World Health Organization*, 87(7), 2003, 532-538.

Tableau 8. Critères et indicateurs d'analyse [RIDDE, 2003]³³⁹

EFFICACITE		EQUITE	
Indicateurs	Définition	Indicateurs	Définition
Vaccination	Nombre d'enfants vaccinés/population cible	Répartition interrégionale des ressources	Répartition géographique des ressources financières, matérielles et humaines
Consultation prénatale	Nombre de consultations /population de femmes enceintes attendue	Utilisation des services	Recours par besoins (malades, pauvres, enfants)
Utilisation des services curatifs	Nombre de consultations curatives/population de l'aire de santé	Mesures d'exception	Utilisation et connaissance de la gratuité des services, solidarité traditionnelle
Recouvrement des coûts	Recettes propres/dépenses de la FS* (+/- amortissement, salaires)	Perception de la qualité des services	Perception différente selon le statut des utilisateurs (pauvres...)
Accessibilité aux médicaments essentiels	Accessibilité géographique et financière aux médicaments essentiels	Participation des groupes vulnérables	Participation au processus d'élection, de gestion des COSA/COGE
Participation de la population	Participation aux instances dirigeantes, connaissance / participation des membres des COSA/COGE	Utilisation des fonds recueillis	Utilisation prioritaire pour améliorer l'accès aux soins
		Prix des médicaments	Établissement des prix selon les capacités financières des populations

*FS : Formation sanitaire

³³⁹ RIDDE V. (2003), «Fees-for-services, cost recovery, and equity in a district of Burkina Faso operating the Bamako Initiative », *op. cit.*

3.2.2. Evolution des indicateurs d'efficacité : vers une maximisation du bien-être collectif ?

3.2.2.1. La vaccination et les consultations prénatales

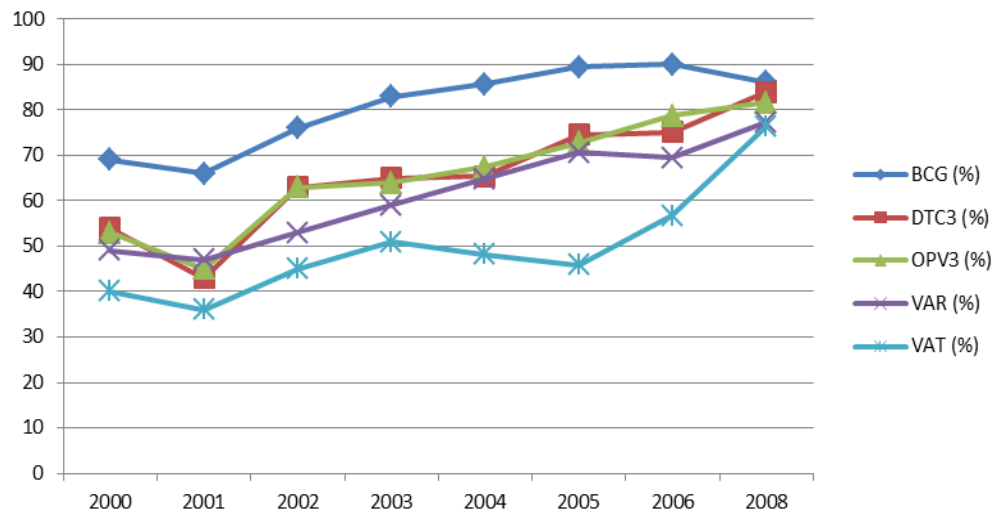
L'efficacité des soins préventifs qui représente un point central vers la préservation d'un état de santé optimal et donc, vers l'atteinte du bien-être, passe nécessairement par l'évaluation des résultats enregistrés dans le cadre du Programme Élargi de Vaccination (PEV). Conformément aux recommandations de l'OMS, un enfant est complètement vacciné lorsqu'il a reçu le BCG (protection contre la tuberculose), le vaccin contre la rougeole, 3 doses du vaccin contre la poliomyélite et 3 doses de DTCoq (vaccin contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche). D'après le calendrier vaccinal, tous ces vaccins doivent être administrés avant le premier anniversaire de l'enfant. Une femme qui va en consultation prénatale doit se procurer, en principe, un carnet prénatal sur lequel vont être reportés les résultats des visites prénatales, l'issue de l'accouchement, ainsi que le suivi et les vaccinations de l'enfant.

La couverture vaccinale, surtout celle de l'antigène DTCoq3 qui complète la dose immunisante contre les 3 principales maladies de l'enfant, de même que les consultations prénatales (CPN), sont des composantes essentielles du paquet minimum de soins organisées pour suivre l'efficacité des services de santé sur une période donnée. Ces indicateurs découlent de plusieurs cadres de référence dont l'IB, les OMD (objectif 4 de lutte contre la mortalité infantile – dont néonatale) et le DSCE (accès aux services sociaux de base).

L'analyse de la situation montre que jusqu'en 2001, on a observé une certaine baisse de performance pour tous les antigènes, tendance qui a commencé à s'infléchir à partir de ce moment pour connaître une évolution irrégulière avant d'atteindre les valeurs-cible en 2008 (80%). En 2000, près de 4 enfants âgés de 12-23 mois sur 10 n'avaient pas reçu toutes les doses vaccinales recommandées. Elle s'est considérablement accrue pour atteindre 8 enfants de cet âge complètement vaccinés sur 10 en 2008. Cette couverture qui ne varie pas de manière significative selon le sexe de l'enfant (fille/garçon) montre que le Cameroun, après avoir consenti des efforts vers son extension, atteint aujourd'hui, bien

que difficilement, l'objectif d'une couverture de 80% au moins fixé lors du Sommet Mondial de l'Enfant (2000) pour la plupart des antigènes.

Graphique 20. Évolution de la couverture vaccinale (tous les antigènes) entre 2000 et 2008[§]



Sources : GTC/PEV, EDS (1991 ; 1998 ; 2004), ECV (2005), MICS (2006).

* Ne sont reprises ici que les années pour lesquelles une collecte de données représentative a été organisée.

§ Légende

BCG = Bacille Calmette et Guérin

DTC3 = 3^{ème} dose du vaccin contre la Diphtérie, le Tétanos et la Coqueluche (ou DTCoq3)

OPV = Oral polio vaccine

VAR = Vaccin antirougeoleux

VAT = Vaccin antitétanique

Sur la base de ces constatations globales, on peut affirmer que la couverture globale des services de vaccination s'est progressivement améliorée depuis 2001, mais que les services de CPN ont enregistré de piètres performances. Ceci explique certainement l'inversion de configuration observée dans la sollicitation des services en faveur de l'informel entre 2001 et 2007, la population dans son ensemble ayant eu peu d'accès aux soins de santé modernes (structures formelles). Ces résultats globaux enregistrés au niveau de la couverture vaccinale peuvent conduire à une interprétation différente si l'on procède à une analyse différentielle prenant en compte les caractéristiques sociodémographiques

de la mère et de l'enfant comme le milieu de résidence (rural/urbain), le niveau de richesse du ménage établie par quintile de bien-être, le niveau d'instruction de la mère, etc³⁴⁰.

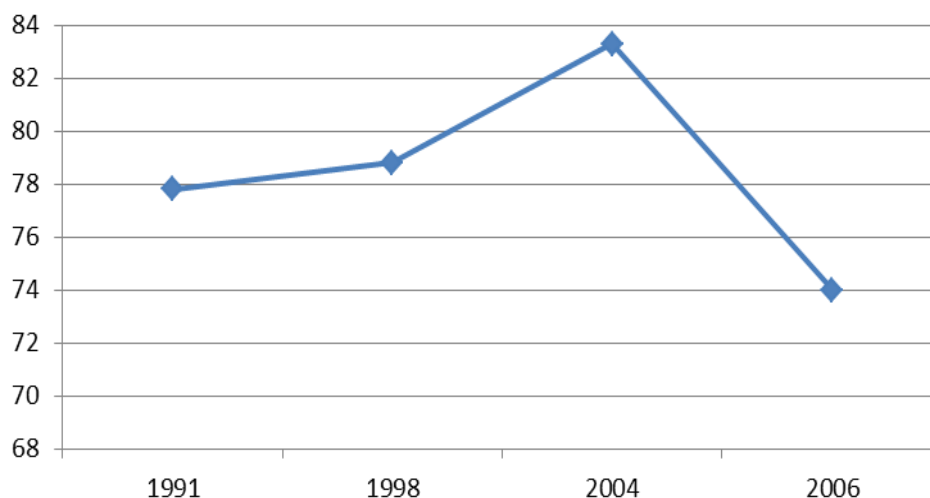
Le non-respect du calendrier vaccinal en cause pourrait être dû à la sensibilisation insuffisante des femmes (maintenues dans un voile d'ignorance ou ne disposant pas de liberté réelle pour opérer des choix personnels et assumer leur itinéraire thérapeutique pendant la grossesse et l'accouchement) – [NKWENKEU, 2004b]³⁴¹. Il peut également être lié au mauvais accueil des mères dans les centres de santé, aux ruptures de stock de vaccin en milieu rural suite aux diverses fuites (entre l'approvisionnement et l'utilisation effective et sans coûts additionnels des produits au bénéfice des ayants-droits), au dysfonctionnement de la chaîne de froid³⁴², à l'éloignement de ces centres, en l'absence de stratégies avancées faute de motivation du personnel de santé, au coût de la carte de vaccination et à la surcharge des mères détournées par les activités de survie du ménage (recherche des revenus d'appoint, moyens de subsistance, etc.).

³⁴⁰ Par exemple, selon l'EDS (2004), les enfants dont la mère est instruite sont près de 2 fois plus fréquemment vaccinés que ceux dont la mère est sans niveau d'instruction (60% contre 32%); de même, la proportion d'enfants vaccinés augmente avec le niveau de richesse du ménage, de 36% pour les enfants des ménages les plus pauvres, la couverture vaccinale atteint 60% pour le quintile le plus riche.

³⁴¹ NKWENKEU F.S. (2004b), *Analyse de la situation des fistules obstétricales dans les provinces de l'Extrême-Nord et du Nord Cameroun*. Rapport d'étude du Ministère de la santé publique - UNFPA, 92 p. http://www.endfistula.org/docs/na_cameroon.

³⁴² La chaîne de froid représente l'ensemble de la logistique de maintien à basse température des produits médicaux dégradables en vue de leur préservation le long du circuit allant de la production à l'utilisation.

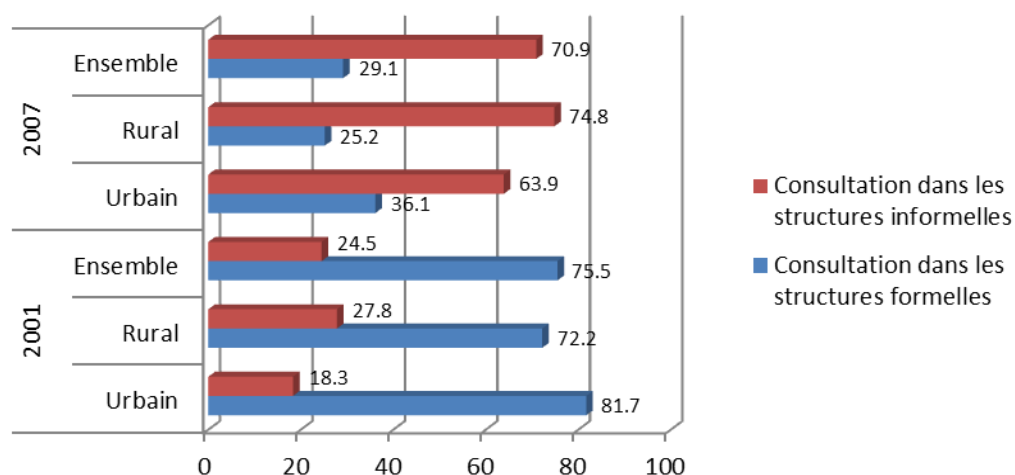
Graphique 21. Évolution de la proportion des femmes enceintes ayant suivi au moins 3 CPN avant l'accouchement (1991 – 2006)



3.2.2.2. Utilisation des services curatifs et accessibilité aux médicaments

L'identification et la mesure de l'accessibilité aux différents systèmes d'offre de soins et de médicaments des populations est essentiel, le médicament constituant l'essentiel des dépenses de santé des ménages (55,26% en consultation moderne contre 51,01% en consultation traditionnelle d'après le tableau 9). Il est donc plus aisé d'analyser l'offre de soins à partir de l'offre et de la demande de médicaments, même si cela reste limitatif. L'accessibilité se résume ici à la capacité des patients à se procurer, au moment opportun, les soins et les médicaments nécessaires au traitement d'un épisode morbide, ressenti ou diagnostiqué par un professionnel de la santé. La faible amélioration de la mortalité générale pourrait être liée aux insuffisances en matière d'efficacité et de qualité. Ceci se vérifie à travers les types de recours thérapeutique les plus sollicités par les populations à tous les niveaux.

Graphique 22. Différentiel entre l'utilisation des services curatifs formels et informels entre 2001 et 2007



Source : ECAM 2 (2001) et ECAM 3(2007)

Le graphique 22 ci-dessus est assez révélateur d'une inversion de configuration en matière d'utilisation des services curatifs primaires par les populations entre 2001 et 2007. En effet, en 2001, quel que soit le milieu de résidence (urbain ou rural), près de 3 personnes sur 4 recouraient aux structures formelles suite à une atteinte morbide contre seulement 1 personne sur 4 qui sollicitait les structures informelles. En 2007, la situation inverse se présente où on note que près de 3 personnes sur 4 recourent aux structures informelles contre seulement 1 personne pour les structures formelles. Quelles peuvent être les raisons d'un tel retournement de situation alors que le secteur de la santé est celui qui a bénéficié de la part la plus importante de la manne au titre de l'aide publique au développement (cette APD a franchi le seuil des dix pour cent dans les dépenses totales de santé, notamment en 1995, 2001, 2002, 2004, 2005 avec respectivement 13,24%, 12,21%, 12,04%, 12,32% et 15,5%)?

Ces résultats peuvent-ils être considérés comme des *effets propres* de la politique, à savoir les modifications de l'état de la société qui lui sont réellement imputables ? Si non, quelle est la part des facteurs exogènes qui se sont imbriqués en faveur de ce contraste ? Si oui, que se serait-il passé si, toutes choses étant égales par ailleurs, la politique publique n'avait pas été mise en œuvre ? Poser le problème de la façon ci-dessus suggère le recours

à un protocole d'expérimentation, démarche qui reste difficile à opérer pour une politique publique d'envergure nationale. La partie 3.4. nous permettra de comprendre la contribution des facteurs contrefactuels d'ordre financier et normatif (socioculturel) qui sous-tendent de tels choix.

L'examen du tableau 9 montre que l'*automédication moderne* constitue le recours le plus fréquent en 2005. En effet, plus d'un tiers des recours sont de cette nature (36,7%) ; suivent ensuite la *consultation moderne* (30,9%) et l'abstention – *ne rien faire* (17%). Le recours intitulé « *ne rien faire* » est celui qui consiste à n'élaborer aucune stratégie en vue d'endiguer la maladie. Généralement, les patients attendent de voir comment cette dernière évolue avant de prendre une décision et c'est lorsqu'elle persiste que l'on cherche à la combattre en suivant un itinéraire thérapeutique qui va en règle générale de l'automédication (moderne ou traditionnelle) à la consultation moderne.

Tout ceci est corrélé avec la capacité des populations à payer. En effet, on constate que les recours évoluent vers les soins modernes en fonction de la gravité de la maladie et des frais exigibles pour avoir accès aux soins complets. La consultation traditionnelle (11% des cas) et la prière (1,3%) semblent les derniers recours. Elles renvoient à la sollicitation des services d'un guérisseur du village ou du prêtre/pasteur lorsqu'on a l'impression que la médecine moderne ne donne plus satisfaction.

Tableau 9. Les différents types de recours par milieu de résidence et les coûts des médicaments y afférant

Type de recours (en%)	Milieu de résidence				Coût moyen des médicaments par type de recours	
	Ydé/ Douala	Urbain	Rural	Ensemble	Dépense moy. Médicaments*	% du coût du recours (médicaments)
Consultation moderne	33,7	32,7	24,8	30,9	9 427	55,26
Consultation traditionnelle	2,9	3,3	4,0	3,4	3 386	51,01
Automédication moderne	39,9	35,9	36,0	36,7	1 079	100
Automédication traditionnelle	7,2	10,9	14,8	11,1	443	100
Prière	1,9	1,2	0,8	1,3	-	-
Ne rien faire	14,4	16,0	19,5	16,5	-	-
Effectif/Ensemble	727	2105	916	3748	3 411	64

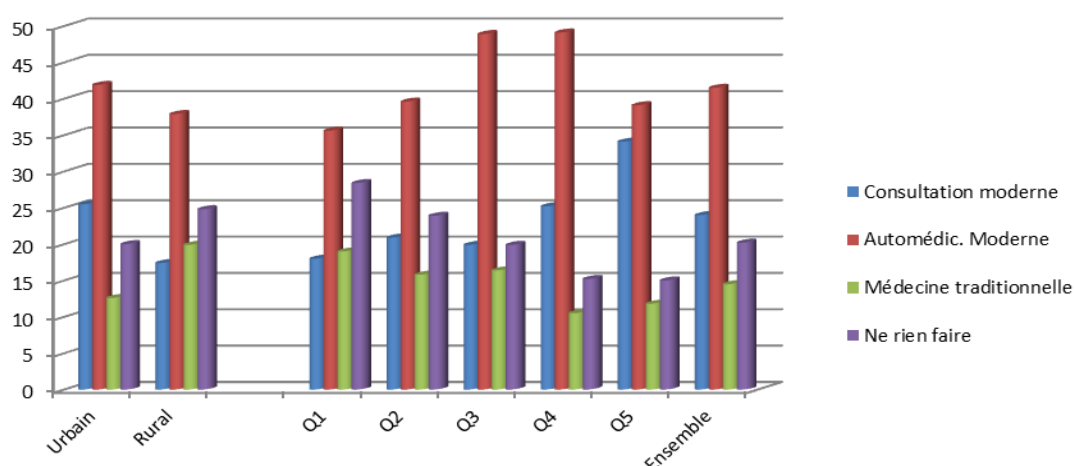
*Pearson $\chi^2(10) = 52,8018$; $Pr = 0,000$ (significatif à 1%) ; * Fcfa*

Source : nos calculs à partir de la base de données RSM (2005)

Les prières thérapeutiques semblent les « derniers » moyens de recours ; généralement pour certains malades, c'est lorsqu'ils estiment avoir tout essayé sans succès qu'ils recourent aux prières. Cette classification apparemment identique d'un sexe à l'autre ne doit pas faire perdre de vue les différences sexo-spécifiques significatives qui existent entre les types de recours. En effet, les femmes vont plus fréquemment en consultation moderne et pratiquent l'automédication traditionnelle plus que les hommes, alors que ceux-ci sont davantage prédisposés à l'abstention ou à des prières thérapeutiques pour recouvrer leur santé.

La situation des ruraux par rapport aux urbains est encore plus révélatrice. Les ruraux, peut-être à cause de leurs moyens économiques limités et/ou des valeurs qu'ils accordent à la pharmacopée traditionnelle, sollicitent davantage l'automédication, surtout traditionnelle. Leur perception de la maladie peut également les amener à adopter une attitude « *attentiste* » ; la forte proportion (16,5%) de « *ne rien faire* » en est le résultat. Les urbains quant à eux, recourent dans au moins 70% des cas à la médecine moderne (consultation et automédication modernes) alors qu'en campagne cette proportion dépasse à peine 60%. Cette ramification observée dans les choix en matière de recours conduit à l'inscription des itinéraires thérapeutiques dans la tryptique *médecine moderne, médecine traditionnelle et automédication* même si les frontières ne sont pas toujours évidentes.

Graphique 23. Choix de recours thérapeutique suivant le milieu de résidence et la structure de dépenses en 2005



Source : RSM, 2005.

3.2.2.3. Participation de la population et recouvrement des coûts

Participation de la population : L'émergence, la coordination et l'harmonisation des politiques de santé ont pour aspects essentiels, entre autres, la participation de la population à la gestion des structures sanitaires (cogestion). Cette participation est plus renforcée au niveau de l'échelon inférieur qu'aux niveaux intermédiaire et supérieur. Les résultats de notre enquête qualitative démontrent que les organisations de la société civile (ONG, OBC, groupements socioprofessionnels et leurs faîtières, réseaux des habitants) ne sont généralement pas impliquées dans l'élaboration des Plans d'action des Districts de santé, pourtant les structures de représentation telles que les Comités de Santé (COSA) et de Comités de Gestion (COGE) figurent bien dans l'organigramme des districts.

Par contre, nous avons constaté que les communes, de par leur couverture territoriale et les compétences sociales qui leur sont attribuées, impliquent effectivement ces groupes dans l'élaboration des Plans de Développement (locaux et communaux). En l'absence de communication et d'arbitrage entre les collectivités locales décentralisées (communes) et des districts sanitaires, on aboutit à une certaine dualisation dans l'action publique en matière de santé de base, ce qui appelle à l'injection d'une plus grande flexibilisation et d'une approche intégrée et adaptée dans le développement des plans d'action annuels de district (qui sont récurrents et le plus souvent répétitifs) et des plans de développement locaux/communaux (constats clairement observés dans les districts de l'Extrême-Nord fortement appuyées par les Organisations Internationales Non Gouvernementales).

Dans un cas comme dans l'autre, l'implication dans la gestion des centres de santé apporte de réels bénéfices dans le renouvellement des stocks de médicaments et consommables médicaux et renforce l'appropriation par les communautés de la gestion de leurs problèmes de santé. Cependant, les comités participent dans les 2 provinces au développement sanitaire de leur district sanitaire même si le contrôle des ressources financières constitue des sources de conflit entre ces derniers et les professionnels de santé (ce que nous avons constaté dans 9 districts sur les 11 enquêtés). L'autre difficulté majeure naît du conflit permanent entre le *politic* et le *policy* dans la mesure où les communautés n'ont pas toujours été suffisamment préparées à assumer pleinement leurs rôles et débordent parfois la marge de pouvoir qui leur est due. Dans certains cas, le

président du COGE, généralement une élite influente de la localité, surpasse ses prérogatives et exploite sa position aux fins politiques, entraînant des rapports conflictuels au sein des équipes-cadre du district avec qui il est nécessairement amené à travailler.

Trois problèmes ont été soulevés quant à la participation communautaire. Premièrement, les communautés ne sont pas informées des mécanismes de participation existants. Deuxièmement, les groupes sociaux relativement aisés et influents dominent le débat au niveau communautaire, surtout en milieu rural. Troisièmement, le choix des indigents, pourtant laissé au contrôle social pour un traitement de proximité³⁴³, est difficile à opérationnaliser dans la mesure où les élites traditionnelles se réclament une certaine légitimité qui leur permet d'opérer des choix sans consultations préalables, les indigents devenant soit un parent, soit un proche.

En ce qui concerne la mobilisation sociale et l'implication des groupes vulnérables, il faut dire qu'elle reste indirecte, car les besoins de ces derniers sont remontés à travers les conseillers municipaux, les structures de dialogue et les relais communautaires là où ils existent. La problématique d'inclusion des plus défavorisés reste entière dans la plupart des régions où les résistances/pesanteurs socioculturelles enfreignent l'efficacité des actions d'envergure (campagne de masse) et où la participation à la vie associative est très faible, surtout dans le cadre d'un bénévolat sans incitatif. La cogestion et l'intégration dans les micro-programmes des districts de santé prennent très difficilement en compte la notion d'équité et d'égalité des sexes.

Aspects gestionnaires et recouvrement des coûts : Le recouvrement des coûts est une mesure indirecte de l'efficacité financière et permet d'apprécier la stratégie du système à assurer un continuum financier et communautaire dans l'offre des services. Notons que la présentation du budget est réglementée par l'Ordonnance de 1962 qui fixe les principes d'unité et d'universalité budgétaire. Toutes les recettes et dépenses sont en principe retracées dans la loi de finances, les comptes hors budget ayant été supprimés dès 1986. Toutefois, pour faciliter le financement des secteurs sociaux, certaines recettes dites de service, collectées par les administrations déconcentrées, sont directement affectées à leur

³⁴³ Participation active des populations appartenant à une aire de santé

fonctionnement. Elles demeurent cependant imparfaitement collectées, recouvrées et suivies.

Des mesures prises au niveau central sont : l'élaboration des rapports trimestriels par le MSP sur l'état d'exécution du budget et la publication à mi-parcours aux délégations régionales de l'état de consommation des crédits; le contrôle accru des gestionnaires de crédit, et l'application de sanctions en cas d'infraction à la réglementation ; le renforcement des moyens et de l'autorité du Contrôle Supérieur de l'État et des services d'inspection afin de leur permettre de procéder à la vérification périodique des opérations financières des administrations publiques.

Plusieurs auteurs ont mis en relief le fait que le recouvrement des coûts au niveau des centres de santé pour assurer l'accès aux soins et l'utilisation des services reste l'un des éléments les plus controversés de l'IB, car elle constitue une source de marginalisation des groupes vulnérables et « non-solvables ». D'autres ont pu montrer que l'amélioration de la qualité des soins qu'engendre le recouvrement des coûts permet d'atténuer et même de compenser l'effet négatif du prix [SAUERBORN *et al.*, 1994³⁴⁴; AKIN *et al.*, 1995³⁴⁵; BINAM *et al.*, 2005³⁴⁶]. RIDDE [2007]³⁴⁷ note cependant au Burkina Faso que les bénéfices tirés du paiement des services et des médicaments ne sont pas employés en faveur de l'équité d'accès comme dans beaucoup de pays africains.

Les grands centres hospitaliers sont dotés d'une personnalité juridique, bénéficiant de l'autonomie financière et soumis aux exigences d'efficacité et de transparence financière de la comptabilité publique. Il en est de même des collectivités locales décentralisées, actuellement responsabilisées dans le développement sanitaire de leur localité, même si

³⁴⁴ SAUERBORN R., NOUGTARA A., LATIMER E. (1994), « The Elasticity of Demand for Health Care in Burkina Faso: Differences Across Age and Income Groups », *Health Policy Planning*, 9(2), 185-192.

³⁴⁵ AKIN J-S., GUILKEY D-K., DENTON E-H. (1995), « Quality of Services and Demand for Health Care in Nigeria: A Multinomial Probit Estimation », *Social Science and Medicine*, 40(11), 1527-1537.

³⁴⁶ BINAM J. N., NKENDAH R., NKELZOK V. (2005), *Préfinancement communautaire et accessibilité aux soins de santé de base : une évaluation du consentement à payer de ménages ruraux au Cameroun*, 6ème Conférence annuelle du Global Development Network (GDN), 24 au 26 janvier 2005, Dakar, Sénégal.

³⁴⁷ RIDDE V. (2007), *Equité et mise en œuvre des politiques de santé au Burkina Faso*, L'Harmattan, Coll. « Etudes Africaines », *op. cit.*

l'activation de ce dispositif est encore attendue dans la pratique. C'est dans les hôpitaux que se posent avec acuité les plus grands problèmes de gouvernance financière. Les budgets sont généralement préparés par l'équipe dirigeante et entérinés par le Conseil d'Administration sans que le personnel-cadre en soit toujours imprégné. La remontée des problèmes n'est pas assurée, reste donc ignorée lors de la préparation des budgets.

Au niveau des Hôpitaux de District, on assiste, malgré la forte implantation des structures de dialogue, à une situation similaire dans la plupart des cas. Seulement, l'exécution des dépenses est soumise à plusieurs contrôles dans la mesure où les gestionnaires des crédits budgétaires sont désormais pleinement responsabilisés en tant qu'ordonnateurs des dépenses publiques. Quant aux marchés publics, ils sont réglementés par le décret n° 95/101 du 09 juin 1995 portant réglementation des marchés publics. Ces derniers sont passés au niveau central avec de réelles insuffisances dans le suivi de l'exécution. Au niveau périphérique, les centres de santé soutenus par les coopérations techniques ou les ONG dans le cadre de la revitalisation du système de santé arrivent à recouvrer les coûts grâce aux aspects gestionnaires en place mais restent confrontés aux problèmes d'approvisionnement en produits pharmaceutiques et à la vente illicite des médicaments par le personnel sanitaire [UNICEF, 1997]³⁴⁸.

³⁴⁸ UNICEF. (1997), *Implementing health sector reforms: a review of eight country experiences implementing in Africa*. New York: UNICEF, Division of Evaluation, Policy and Planning, 1997.

3.2.3. L'évolution des indicateurs d'équité et la minimalisation d'un « égalitarisme » affiché

Nous mesurons l'équité dans cette partie au moyen des inégalités comme justification de l'application des principes des droits fondamentaux de la personne³⁴⁹, étant donné que la réduction des inégalités/disparités en santé renvoie à la réduction des écarts dans l'accès et dans l'utilisation des services de santé. Cette analyse de l'équité dans la mise en œuvre se fonde sur deux postulats que sont : (i) le lien supposé entre les dépenses de santé et l'état de santé d'une population est, en réalité, discutable, du moins quand on compare des pays comparables et, (ii) il y a un risque de perdre de vue l'objectif initial de réduction de la pauvreté en s'intéressant aux performances moyennes en matière de santé sans se préoccuper de la distribution de l'accès à la santé [BERTHELEMY, 2008]³⁵⁰.

A partir des courbes de concentration qui donnent une idée sur l'accès inégal des populations aux services en fonction de leur niveau socioéconomique, nous procédons à une analyse de l'équité (distribution des effectifs cumulés par rapport aux fréquences cumulées) à travers le degré de concentration dans la population, d'une part, et suivant les quintiles de bien-être (situation des couches les plus pauvres de la population par rapport à celles plus riches), d'autre part. Nous établissons à partir du différentiel urbain/rural les tendances qu'a connu l'évolution des indicateurs de survie même si elles ne renseignent pas complètement sur les « exclus » du système et les dynamiques sociales et politiques qui ont caractérisé les interrelations (à travers le jeu d'acteurs) au cours des événements qui se sont succédés, de la définition du problème public à la mise en œuvre.

³⁴⁹ Les Nations Unies regroupent ces principes autour de 4 grands principes de base :

- Universalité des droits et inaliénabilité : « Tous les êtres humains naissent libres et égaux en dignité et en droits ».
- Indivisibilité et interdépendance des droits : Tous les droits sont de rang égal en tant que droits. Il faut donc considérer l'éventail des droits humains : physiques, psychologiques, liés au développement individuel et spirituel.
- Responsabilité et devoirs : Les Etats reconnaissent et acceptent de plein gré les obligations qui découlent de la ratification des Traités sur les Droits de l'Homme. Cette responsabilité vise aussi bien les partenaires locaux de développement que la communauté internationale.
- Participation et inclusion : Toute personne, a le droit de participer et la participation, est fondamentale pour revendiquer les droits.

³⁵⁰ BERTHELEMY J.C. (2008), « Les relations entre santé, développement et réduction de la pauvreté », *Comptes Rendus de l'Académie des Sciences, Biologies*, 331, 903-918.

3.3.2.1. Répartition interrégionale des ressources

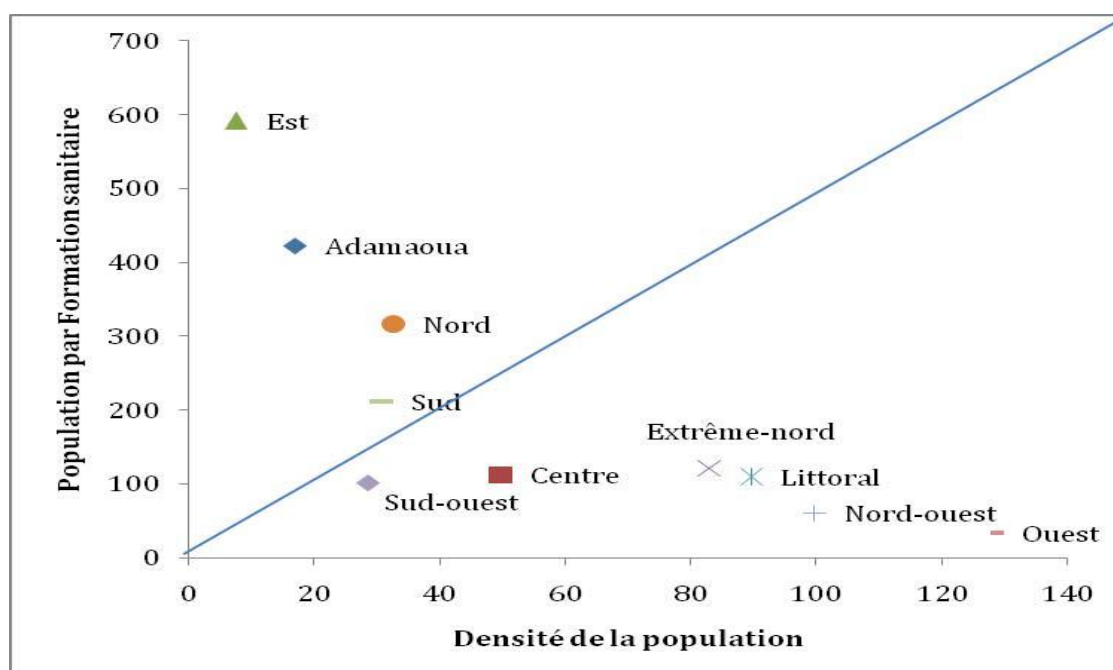
Le déficit en personnel reste un problème majeur et se pose tant sur le plan qualitatif que quantitatif, pour ce qui est de l'offre publique de santé. Celui-ci est aggravé par une carte sanitaire qui favorise des disparités importantes dans la répartition du personnel de santé sur l'étendue du territoire national, créant de fait des poches de vulnérabilité (compris ici comme un défaut d'offre de santé). Par exemple, on compte actuellement 1 médecin pour environ 13 000 habitants et 1 infirmier pour environ 3 000 habitants alors que l'OMS recommande 1 médecin pour 1000 habitants. Le ratio professionnel de santé/population est de 0,63 pour 1000 habitants contre 2,3 (norme internationale). En plus, ce ratio varie de façon importante entre les régions, puisque la plupart du personnel qualifié reste concentré dans les grandes métropoles.

Sur la base des projections obtenues à partir des données du Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH3) et des informations issues de la carte sanitaire, l'analyse de la répartition des formations sanitaires à travers le territoire national révèle une forte iniquité qui permet de distinguer deux grands groupes :

1. Le groupe des mieux servis, caractérisé par une densité de la population élevée et un ratio population/formation sanitaire faible, c'est-à-dire une concentration en FS élevée par rapport à la population. Font partie de ce groupe et par ordre décroissant de dotation en formations sanitaires, les régions de l'Ouest, du Nord-ouest, du Littoral, de l'Extrême-Nord, du Centre et du Sud-Ouest.
2. Le groupe des défavorisés caractérisé par un ratio population/formation sanitaire élevé et une densité faible. Appartiennent à ce groupe et suivant leur faible dotation en formations sanitaires, les régions de l'Est, de l'Adamaoua, du Nord et du Sud.

Dans ce classement, les régions du Centre et du Littoral devraient certainement migrer vers les groupes les plus défavorisés si on exclut Yaoundé et Douala, qui concentrent beaucoup de districts de santé et les formations sanitaires à couverture nationale.

Graphique 24. Equité dans la répartition des formations sanitaires



Source : PETS Cameroun, 2010

Si l'on s'intéresse aux soins de santé de base, seules les régions de l'Ouest et du Nord-Ouest restent dans le groupe dont la concentration des centres de santé est plus forte que celle de la population. Même en se limitant aux centres de santé publics, les changements observés n'apportent pas de modification en termes de composition des groupes précédents. En tout état de cause, les régions du Nord, de l'Extrême-Nord et du Littoral s'affichent comme celles où l'accès aux SSP fait face à une faible dotation en centres de santé. En moyenne, dans ces trois régions, plus de 10 000 personnes sont desservies par un centre de santé.

Tableau 10. Capacité de l'offre de soins au niveau opérationnel en 2008

Régions	Population	Superficie	Pop/CSI	Pop/HD	Pop/DS
Adamaoua	824.291	60.000	8.960	137.382	103.036
Centre	2.934.657	71.050	7.932	104.809	101.195
Est	885.935	106.000	7.383	63.281	63.281
Extrême – Nord	3.193.055	41.984	12.281	133.044	114.038
Littoral	2.583.975	31.984	17.112	143.554	143.554
Nord	1.439.643	63.005	9.471	102.832	95.976
Nord – Ouest	2.159.464	18.100	11.931	134.967	119.970
Ouest	2.325.577	13960	9.084	122.399	116.279
Sud	627.536	45.059	4.328	69.726	62.754
Sud – Ouest	1.488.353	24.300	9.244	93.022	82.686
Total	18.462.485	475.442	9.779	112.576	103.722

Au niveau des formations sanitaires et des services de santé de district, l'organisation et le fonctionnement des services ne permettent pas d'optimiser l'utilisation des ressources mobilisées. Jusqu'à très récemment, il n'existait pas de politique nationale de maintenance des infrastructures et équipements au niveau du MSP. La gestion rationnelle et la maintenance des équipements sont généralement intégrées dans les projets d'appui aux structures sanitaires et financés par les partenaires extérieurs (BAD, KfW, GTZ, Coopération Française, etc.). L'acquisition des équipements ne prend pas en compte des critères de la carte sanitaire (la population à desservir, les coûts récurrents, le recouvrement, etc.).

La jouissance du droit à la santé comme bien premier suppose non seulement la disponibilité des services, mais également l'amélioration du bien-être matériel pour augmenter la capacité des individus à y accéder et l'élargissement des possibilités de choix. La question de l'inaccessibilité aux soins de santé de base est donc intimement liée

aux privations ayant un effet direct ou indirect sur la santé des populations, et c'est ce qui explique le fait que nous ayons opté pour des *proxys* (indicateurs relatifs aux privations) pour renseigner l'inéquitable répartition des ressources entre les milieux urbain et rural. Ces indicateurs montrent que la situation s'est globalement dégradée entre 2001 et 2007, et expriment l'aggravation de la pauvreté non monétaire. Tandis que le milieu urbain a vu sa situation améliorée sur cette période, celle du milieu rural s'est plutôt aggravée. Ces privations affectent l'accès à l'eau potable, aux toilettes salubres, à l'éclairage électrique et aux services d'assainissement adéquats (tableau 11).

Tableau 11. Situation générale de la pauvreté et des privations entre 2001 et 2007

Indicateurs de mesure de la pauvreté monétaire et non monétaire	2001			2007		
	Urbain	Rural	Ensemble	Urbain	Rural	Ensemble
Incidence de la pauvreté	17,9	52,1	40,2	12,2	55,0	39,9
Accès à l'eau potable	61,5	29,3	40,6	75,1	27,7	45,3
Accès à l'éclairage électrique	88,2	24,6	46,8	90,4	23,4	48,2
Accès aux toilettes décentes	75,2	25,4	42,8	66,4	14,2	33,6
Accès aux services de ramassage des ordures	46,1	1,3	17,0	52,1	2,0	20,6

Sources : ECAM 2 (2001) et ECAM 3 (2007)

Le tableau 11 peut être lu selon deux perspectives complémentaires intéressantes : la première s'attache à l'évolution des chiffres bruts sur la période, alors que la seconde se fonde sur la comparaison entre les milieux de résidence (urbain/rural). Selon la première perspective, on peut observer une évolution de la pauvreté qui a été stagnante entre 2001 et 2007 avec des privations qui ont évolué de façon régressive sur l'ensemble du territoire. Selon la seconde approche, on constate que les rapports entre les proportions sont très inégalement répartis suivant le milieu de résidence. Ces privations sont davantage

prononcées en milieu rural qu'en milieu urbain, montrant ainsi la forte disparité des principaux indicateurs de survie suivant le milieu de résidence.

3.2.3.2. Participation de la population au financement de la santé

En matière de participation financière des usagers au financement des services de santé du secteur public, les textes réglementaires ont été adoptés dans les années 90 sur la base de la loi présidentielle 90-62 du 19 décembre 1990. Ils autorisent la vente des médicaments essentiels de la liste nationale, la création de comités de gestion chargés de la gestion administrative des fonds ainsi générés ainsi que des fonds générés par la vente des prestations de santé aux usagers.

Le décret n°93/229 du 15 mars 1993 «*fixant les modalités de la gestion des recettes affectées aux formations sanitaires publiques pour leur fonctionnement*», autorise les formations sanitaires à conserver la gestion des recettes générées, hors médicaments, pour leurs dépenses de fonctionnement. L'utilisation de ces recettes est définie par le décret n°94/303/PM du 14 juin 1994, fixant les modalités d'attribution des quotes-parts du personnel et l'arrêté n° 0030/MSP du 20 septembre 1999 fixant les modalités d'affectation des recettes dans les FSP. Ces textes prévoient que 30% des recettes (hors médicaments et hospitalisation) soient affectées aux quotes-parts du personnel médical et paramédical, dont 10% doivent être reversés au Fonds de solidarité. Le solde de 70% est affecté au fonctionnement de chaque formation sanitaire.

Le recouvrement des coûts des médicaments est institué par la loi n°90-62 du 19 décembre 1990 «*portant dérogation spéciale aux formations sanitaires publiques en matière financière*». La tarification des médicaments et dispositifs médicaux essentiels au niveau des CAPP et des formations sanitaires publiques est fixée par la décision n°92 D/MSP/CAB du 29 novembre 2001. La loi n°90/053 du 19 décembre 1990 sur les associations autorise la constitution d'un fonds national et de fonds régionaux spéciaux de promotion de la santé (FRSPS). Le premier est alimenté mensuellement par 10% des recettes de la tarification des actes de santé, et les seconds par des prélèvements effectués sur les recettes des formations sanitaires et 10 à 15% des bénéfices réalisés sur la vente des médicaments (décret n°93/228 du 15 mars 1993).

Les FPSPS sont donc alimentés par 10% des 30% prélevés au titre des quotes-parts sur les recettes de prestations hors hospitalisation, 10% des 70% des recettes de prestations restantes, de 10% des recettes d'hospitalisation et de 10 à 15% des bénéfices réalisés sur les médicaments. Ces Fonds devraient en principe servir à financer les investissements et les services d'hygiène au niveau local, voire prendre en charge une assistance médicale aux plus démunis. Les textes leur accordent une large autonomie de gestion au niveau régional, et imposent une étroite participation communautaire à la gestion [EMTCHEU *et al.*, 1998]³⁵¹. Les FPSPS remplissent peu ces objectifs et jamais en totalité des fonds générés. Ainsi, la décentralisation des services et la gestion communautaire sont largement consacrées par les textes, de même que la possibilité de générer au niveau local des fonds provinciaux de solidarité. Ces textes s'accompagnent en pratique d'une très large autonomie financière des services de santé, essentiellement financés par les usagers sous forme de paiement des prestations, y compris préventives, des médicaments et d'une part conséquente des revenus des personnels de l'Etat.

La participation du gouvernement au financement des formations sanitaires périphériques se limite généralement au paiement des salaires de base du personnel soignant et l'autonomie de gestion au Cameroun s'est volontiers traduite ces dernières années par un désengagement de l'Etat des services socio-sanitaires, avec comme corollaire une insuffisance de moyens au niveau périphérique, des difficultés pour des populations mal préparées à prendre en charge et gérer leurs problèmes de santé, et des services inégaux qui restent financièrement peu accessibles aux populations les plus pauvres.

3.3.3.3. Utilisation des services et mesures d'exception

a. Utilisation de services

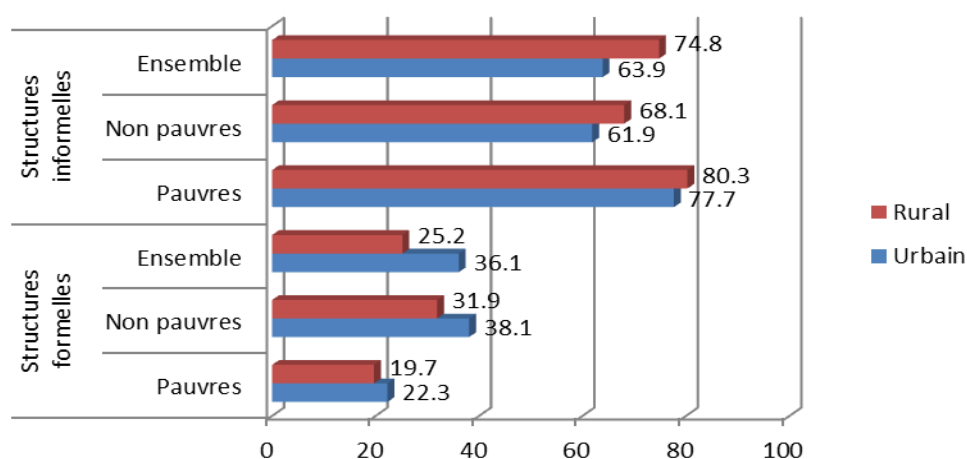
Plusieurs facteurs peuvent être avancés pour expliquer les niveaux faibles d'utilisation des structures formelles de santé. L'analyse du niveau d'utilisation différenciée suivant la structure pauvre ou non pauvre de la population montre de grandes différences, les

³⁵¹ EMTCHU E., NGUIDJOE A., TCHEUFA B. (1998), *Rapport de la mission juridique pour l'élaboration des statuts des CAPP: rapport au Ministère de la Santé Publique du Cameroun*. République du Cameroun, Ministère de la Santé Publique: Yaoundé (Cameroun), p. 11.

pauvres sollicitant 2 fois moins les services formels que les non pauvres, indifféremment du milieu de résidence. Environ 4 personnes sur 5 parmi les pauvres contre 3 sur 4 parmi les non pauvres peuvent être considérés comme étant des exclus du système formel de santé en place, dans la mesure où ils n'utilisent pas les services offerts par le système public réglementé. Cette situation exprime une détérioration des indicateurs d'accès et de la qualité des services.

Une analyse plus fine de l'accès et de l'utilisation des services en se fondant sur les deux indicateurs critiques (couverture en DTCoq 3 et assistance à l'accouchement) laisse transparaître une augmentation progressive du quintile le plus pauvre (Q1) au plus riche (Q5). Elle révèle une grande inégalité qui s'exprime en faveur des plus aisés économiquement. Dans une distribution normale équitable, l'accès et l'utilisation des services de santé est supposé être le même pour chaque quintile de bien-être socio-économique, ce qui signifierait que quel que soit le niveau de vie du ménage, les individus ont le même accès aux biens et services de santé distribués. Le degré d'inéquité a été mesuré suivant l'écart entre le quintile le plus riche et le quintile le plus pauvre (Q5-Q1) et du ratio entre les deux groupes (Q5/Q1).

Graphique 25. Utilisation des structures de santé (formelle et non formelle) par les pauvres et les non pauvres en 2007



Source : ECAM 3 (2007)

Spécifiquement pour l'immunisation complète de base (trois doses de DTCoq), les données indiquent une amélioration globale de l'accès (efficacité). En revanche, même si

on dénote une diminution des gaps d'inéquité dans l'accès à ces services entre 1998 et 2004, les chiffres de 2004 correspondent environ à 1,5 fois ceux de 1998 pour le quintile le plus pauvre (42,04% pour Q1 et 65,34% pour Q5 en 2004 contre 24,43% pour Q1 et 58,00% pour Q5 en 1998). La différence la plus importante vient de la distribution de l'utilisation des services obstétricaux par les parturientes (assistance à l'accouchement par un personnel de santé qualifié (32,94% pour Q1 et 90,02% pour Q5 en 2004 contre 34,29% pour Q1 et 69,23% pour Q5 en 1998).

Ceci conduit à la conclusion que bien que le fardeau de maladie pèse plus sur les couches pauvres et défavorisées de la population du fait de leur plus grande exposition à la morbidité et à la mortalité, l'accès aux soins préventifs et curatifs reste pro-riche. Ceci se confirme à travers l'analyse différentielle ou les ratios d'équité pour chacun des indicateurs étudiés. Il faut cependant noter que cette appréciation peut comporter des biais d'appréciation – généralement pas importants – dans la mesure où l'analyse porte sur 40% de la population (20% des plus pauvres et 20% des plus riches).

Tableau 12. Tendances d'équité à l'accouchement et dans l'accès au DTC3 suivant le quintile de bien-être économique entre 1998 et 2004

Variables dépendantes	Moyenne suivant le quintile de bien-être économique					Tendances d'équité		
	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Ensemble	Pauvres/Moins pauvres (Q1/Q5 ou ratio d'équité)	Q5-Q1
1998								
Accouchement institutionnel	32,94 (n=419)	35,86 (n=449)	64,02 (n=428)	84,60 (n=500)	90,02 (n=521)	63,23 (n=2317)	0,37	57,08
Couverture vaccinale en DTCQ3	24,43 (n=131)	25,40 (n=126)	33,33 (n=135)	45,34 (n=161)	58,00 (n=150)	38,37 (n=701)	0,42	33,57
2004								
Accouchement institutionnel	34,29 (n=1570)	40,18 (n=1812)	58,40 (n=1923)	63,70 (n=1498)	69,23 (n=1116)	59,35 (n=8125)	0,58	34,94
Couverture vaccinale en DTCQ3	42,04 (n=157)	41,44 (n=181)	45,93 (n=209)	57,97 (n=138)	65,35 (n=101)	48,79 (n=785)	0,64	23,31

La mesure du degré d'équité dans l'accès à la santé à partir des données des 3 enquêtes EDS (1991, 1998 et 2004) a également été approximée à travers les courbes et indices de concentration. En effet, la courbe de concentration (ou courbe de LORENZ) et l'indice de concentration associé (indice de GINI)³⁵² traduisent de manière résumée la distribution d'une variable de santé spécifique relativement au niveau de vie des individus. Les données que nous avons jugées fiables pour décrire l'évolution des inégalités en matière de santé maternelle et infantile entre 1991 et 2004 peuvent être regroupées en 2 grands ensembles.

- *La couverture vaccinale* : le pourcentage d'enfants âgés de 12 à 23 mois ayant reçu les vaccins spécifiques exigés [BCG, trois doses de DTCoq (diphtérie, coqueluche et tétanos)] et l'ensemble des vaccins (y compris la polio orale) et ;
- *L'assistance à l'accouchement* : le pourcentage d'accouchements dans les 5 années précédant l'enquête, qui ont été assistés par une personne médicalement formée, et qui ont eu lieu dans une structure médicale formelle (les CPN auraient également pu faire partie de l'analyse, mais les données de 2004 faisant défaut, nous avons été obligé de restreindre notre champ d'étude).

L'indice de concentration est défini en référence à la courbe de concentration, dont le graphique a, sur un espace cartésien, 2 distributions cumulées croissantes :

- en abscisse, la distribution des effectifs cumulés de la population rangée par niveau de vie (du plus pauvre au plus riche) ;

³⁵² De manière théorique, l'indice de Gini est calculé de la façon suivante :

$$G = \frac{1}{2n^2 \bar{y}} \sum_i \sum_j |y_i - y_j|$$

avec \bar{y} : revenu moyen de la population totale ; y_i et y_j : revenu des individus i et j .

La courbe de concentration est assimilée à des segments de droite dont on calcule l'aire : méthode des trapèzes (aire d'un trapèze = hauteur * demi somme des base $U_i = f_i(G_{e(i-1)} + G_{e(i)})/2$ puis :

$$U = \sum U_i ; L = 0,5 - U \text{ et } IG = 2 \times L$$

- en ordonnées, la distribution des fréquences cumulées de la variable de santé correspondante.

Ces indices s'interprètent très aisément : *plus l'indice est loin de 0, plus l'inégalité est importante*. En d'autres termes, l'indice de GINI est égal à 0 quand l'inégalité de répartition est nulle (la distribution est parfaitement égalitaire : 60% de la population cumulée perçoit 60% des services cumulés offerts) et à 1 quand l'inégalité de répartition est maximale. La surface se trouvant entre les deux courbes (la courbe à 45° et la courbe de concentration de la variable étudiée) se nomme *surface de concentration*. Plus elle est faible, plus la distribution est égalitaire. Si l'indice de Gini est de 1, la courbe de concentration se confond avec le bord droit du carré (scenario impossible qui suppose qu'un individu concentre l'ensemble du paquet de services cumulés au sein de toute la population). En tout état de cause, on retient ici que plus la courbe s'éloigne de la diagonale (45°)³⁵³, plus l'inégalité de répartition est accentuée.

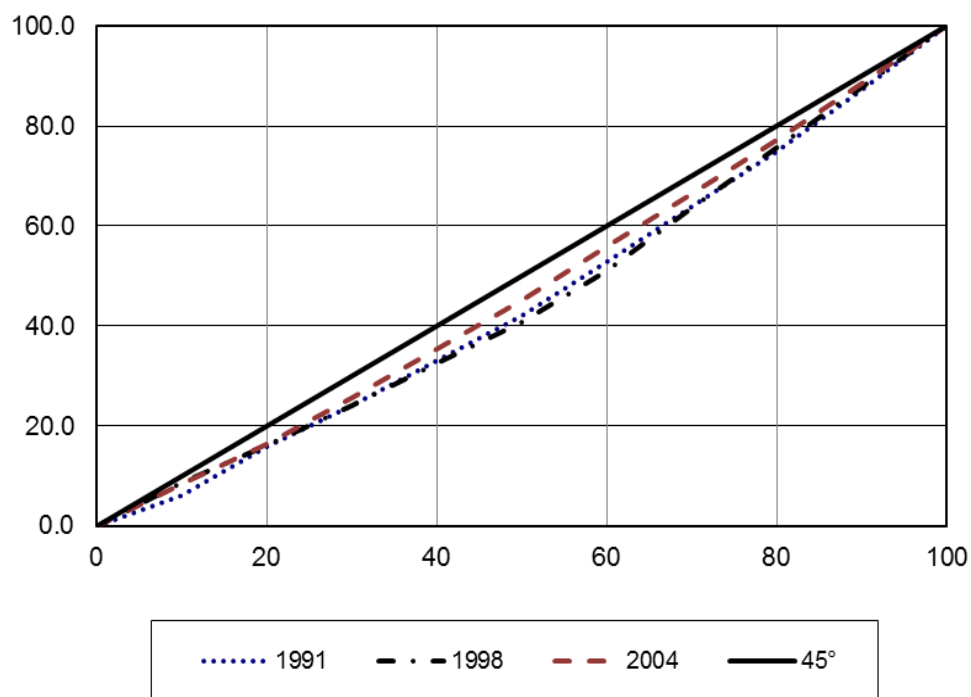
Le tableau 13 fournit la décomposition de l'indice de Gini pour les différentes années et par variable étudiée. Les chiffres illustrent l'approfondissement des inégalités d'accès, les ordres de grandeur des paramètres observés étant parfois élevés. Ils varient de 0,186 pour la couverture vaccinale en 1991 à 0,092 en 2004 et de 0,106 à 0,127 pour l'accès aux soins associés à la maternité (accouchement assisté) respectivement.

Tableau 13. Indices de Gini pour chaque variable étudiée et par année

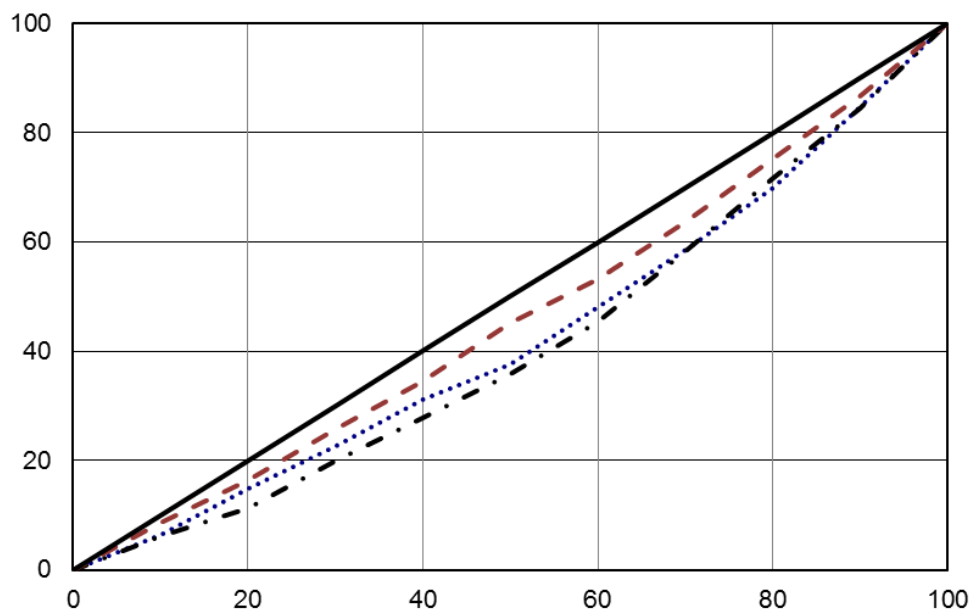
Variable étudiée	Années		
	1991	1998	2004
Couverture vaccinale en BCG	0,101	0,099	0,063
Couverture vaccinale en DTCoq3	0,157	0,180	0,080
Couverture vaccinale (tous les vaccins)	0,186	0,194	0,092
Assistance à l'accouchement	0,106	0,100	0,127

³⁵³ La diagonale ou courbe à 45° est également appelée courbe d'égalité.

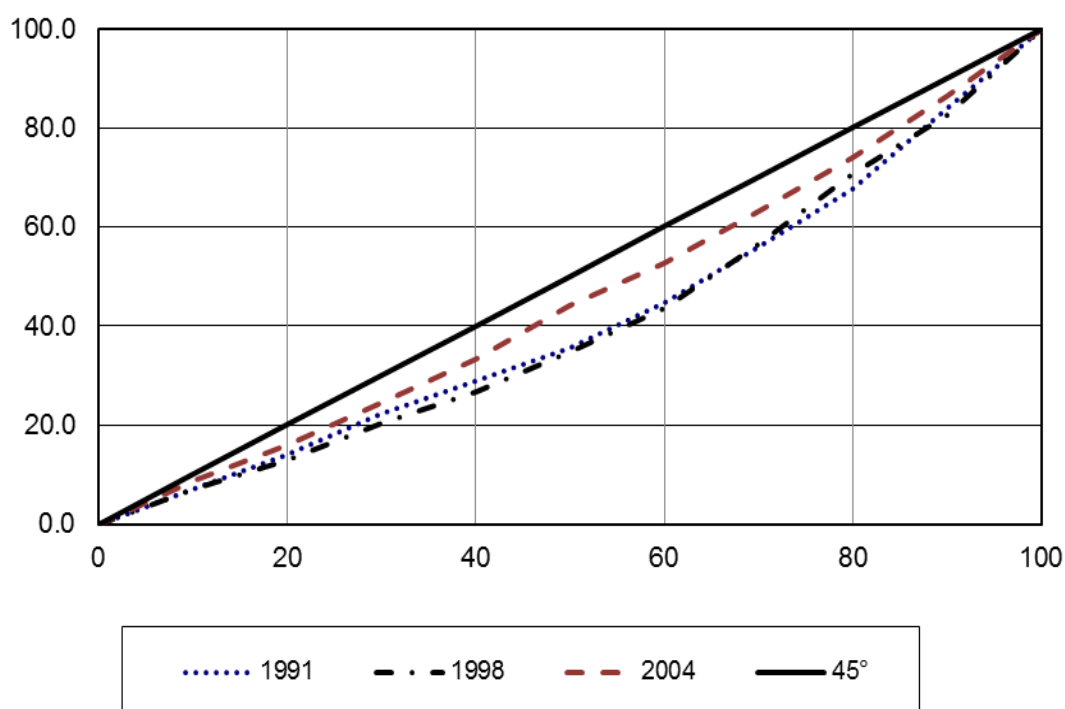
Graphique 26. Concentration de la couverture vaccinale en BCG (12-23 mois)



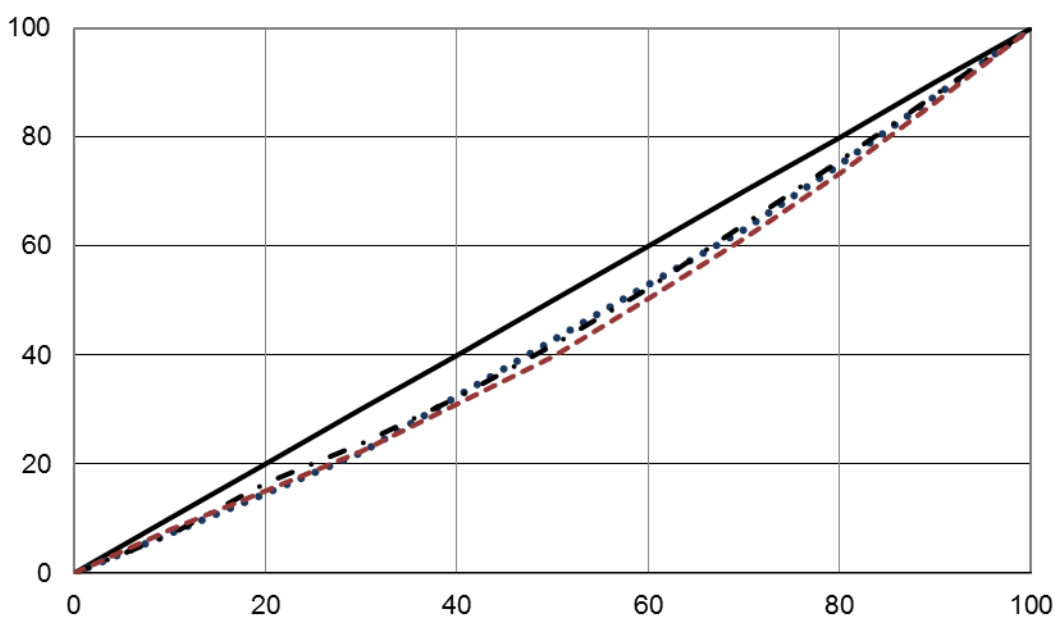
Graphique 27. Concentration de la couverture vaccinale DTCoq 3 (12-23 mois)



Graphique 28. Concentration de la couverture vaccinale globale (tous les antigènes chez les 12-23 mois)



Graphique 29. Concentration de l'assistance à l'accouchement par un personnel qualifié



L'examen des graphiques 26 à 29, qui présentent la distribution des services de santé maternelle et infantile entre 1991 et 2004, donne lieu à 3 grandes interprétations. Premièrement, toutes les courbes de concentration (couverture vaccinale et assistance à l'accouchement) se situent en dessous de la ligne à 45°, ce qui implique l'existence d'une inégalité d'accès pro-pauvre sur les 3 années. Autrement dit, quelle que soit l'année considérée, les enfants et les femmes issus des ménages pauvres ont peu d'accès aux services de santé maternelle et infantile par rapport à leurs congénères issus des ménages plus aisés ; constat qui n'a rien d'étonnant !

Deuxièmement, la courbe de concentration de 2004 se distingue nettement de celles de 1991 et 1998. Pour les graphiques portant sur la couverture vaccinale, elle se rapproche davantage de la ligne à 45°, ce qui signifie que les inégalités ont été moins prononcées en 2004 pour la couverture vaccinale, alors qu'en ce qui concerne l'assistance à l'accouchement, c'est la situation inverse qui s'est produite. Troisièmement, on remarque que les courbes de Lorenz de 1991 et 1998 se croisent régulièrement, ce qui indique qu'on ne peut strictement juger de la dominance entre les deux distributions de ces années. En bref, les services de vaccination ont mieux fonctionné en 2004 d'un point de vue distributif qu'en 1991 et 1998 alors qu'ils ont moins bien fonctionné en matière de soins maternels.

Si l'on considère la différence entre ces courbes et qu'on prend comme référence la courbe de LORENZ de 1991, les graphiques 26 et 27 montrent que les surfaces de concentration en DTCoq3 sont quasiment semblables à celles de la couverture totale comparée au BCG, ce qui explique la difficulté pour les enfants, surtout des ménages pauvres, de recevoir sans discontinuité, les 3 doses de DTCoq requises. L'approche de campagne adoptée, qui est davantage pro-communautaire (vaccination à domicile, stratégies avancées), expliquerait ce gain d'équité dans la couverture vaccinale en 2004.

Une fois de plus, ces résultats montrent qu'il y a une liaison directe entre l'étendue de la pauvreté et le degré de l'inégalité dans l'accès aux soins préventifs comme la vaccination et l'assistance à l'accouchement. Toute politique publique visant à réduire l'inégalité de revenus aura certainement un effet important sur la réduction de l'inégalité globale dans l'accès aux soins primaires, ce qui apporte par conséquent des indications en termes de

recommandations. Il serait intéressant dans les prochaines publications, d'analyser les facteurs explicatifs du biais d'équité qui peuvent se rechercher entre le jeu d'acteurs dans la conception, la mise à l'agenda et le profil de gouvernance du secteur.

La tradition de prise en charge des frais sanitaires et médicamenteux par les usagers eux-mêmes s'est enracinée pendant longtemps dans les consciences publiques. Or, le paiement individuel direct, comme forme d'expression de « recouvrement des coûts », présente plusieurs inconvénients : (i) il ne permet pas le partage des risques entre malades et bien-portants ; (ii) il bute très rapidement sur la capacité des individus à payer et, face à des événements de santé très coûteux, ne permet de récupérer qu'une partie des coûts ; (iii) il maintient souvent les individus dans une gestion au coup par coup des événements de santé et n'incite pas à l'anticipation des dépenses ; (iv) les différentes solidarités, horizontales entre malades et bien-portants et verticales entre groupes sociaux, sont difficiles à prendre en compte. Pourtant, la notion d'équité nécessite de procéder à une segmentation du marché, de sorte que ceux qui ne sont pas capables de payer puissent déboursier le montant maximum qu'ils consentent à payer [BINAM *et al.*, 2005]³⁵⁴.

b. Mesure d'exception

Pour améliorer l'accessibilité socioculturelle, la SSS a prévu le développement des mécanismes qui ne sont, pour l'essentiel, pas explicités. En effet, la mise en œuvre de l'Agenda national des OMD issu du Forum Régional de juin 2002 (Addis Abéba), exige de la part des États un certain nombre de mesures afin d'inverser les tendances actuelles et minimiser les disparités spatiales. Depuis 2004, des mesures ont été prises pour l'amélioration de l'accès des populations aux soins de santé. La question se pose davantage au niveau de leur application et les mécanismes de monitoring mis en place pour s'assurer de leur effectivité. Ces mesures concernent :

³⁵⁴ BINAM J. N., NKENDAH R., NKELZOK V. *Préfinancement communautaire et accessibilité aux soins de santé de base : une évaluation du consentement à payer de ménages ruraux au Cameroun*, 2005, *op. cit.*

1. La baisse du prix des antirétroviraux et des examens de suivi biologique,³⁵⁵ et la gratuité des ARV pour les enfants de 0 à 15 ans et des personnes indigentes (**lutte contre le VIH/SIDA**);
2. La gratuité des antituberculeux (**lutte contre la tuberculose**) ;
3. La gratuité des moustiquaires imprégnées pour les enfants de 0-5ans et femmes enceintes; la mise en place des centres d'imprégnation régionaux et des unités d'imprégnation communautaires pour la ré-imprégnation des moustiquaires et la vente à des prix préférentiels (3500 FCFA la moustiquaire imprégnée), l'intégration de la distribution des moustiquaires imprégnées d'insecticide dans les activités du Programme Élargi de Vaccination, la subvention des médicaments antipaludiques pour les rendre accessibles à tous, l'inclusion des antipaludiques dans la liste des médicaments essentiels du centre d'approvisionnement en médicaments essentiels (CENAME), la recherche opérationnelle sur la prise en charge des cas à domicile et sur l'efficacité du médicament (**lutte contre le paludisme**);
4. L'augmentation de la disponibilité des médicaments dans le circuit public du CENAME actuellement à 86,7%; la baisse des prix des médicaments essentiels de 23%³⁵⁶ ; l'intensification de la lutte contre la vente illicite des médicaments³⁵⁷ (**Disponibilité des médicaments**);
5. Les projets de mise en place des réformes de deuxième génération : réforme hospitalière (en cours de finalisation avec 12 grands chantiers), réforme sur la mutualisation du risque maladie (élaboration d'un plan de promotion et de développement des mutuelles de santé), développement des pôles d'excellence dans certaines formations sanitaires ; consolidation de la lutte contre les maladies non transmissibles (baisse du prix de l'insuline dans la lutte contre le diabète qui revient désormais à 3000 FCFA, subventions partielles des interventions chirurgicales des cancéreux nécessiteux), titularisation des premiers 1200 personnels recrutés sur fonds PPTE et recrutement direct de 570 personnels de santé, lancement par le Ministre de la

³⁵⁵ Décision n°0803/MSP/CAB du 27 décembre 2005 modifiant le coût du bilan biologique des PVVS sous ARV.

³⁵⁶ Circulaire du MSP du 08 mars 2005 rendant public les nouveaux prix des médicaments essentiels.

³⁵⁷ Décision du MSP d'octobre 2004 rendant public le prix des ARV et la gratuité des antituberculeux.

Santé publique le 13 décembre 2005 de l'opération « Hôpital sans Corruption » après la circulaire N°D36-55/LC/MSP/SG/DAJC du 28 octobre 2005 sur la lutte contre les pratiques de corruption au sein des formations sanitaires (**Amélioration des services et gouvernance**)

Malgré ces mesures d'exemption prises au niveau politique, il faut noter que leur application dans la pratique reste difficile à opérationnaliser à cause des questions de gouvernance (pratiques de corruption) et de l'absence d'une culture de redevabilité dans les milieux sanitaires. Dans la plupart des cas, les indigents qui ne disposent d'aucun entregent se retrouvent dans l'incapacité d'obtenir des soins gratuits. On peut conclure sur ce point que ces dispositions légales concernant la prise en charge des plus pauvres ne sont pratiquement pas appliquées dans la plupart des cas.

Nous avons cherché à comprendre les raisons qui amènent les femmes à renoncer à l'utilisation des services des CPN (qui sont dans la plupart des cas couplés à la vaccination), et donc, à recourir à l'accouchement assisté par une accoucheuse traditionnelle plutôt que par un personnel de santé. Dans les deux provinces enquêtées, les raisons évoquées sont diverses. Si pour beaucoup, l'expérience conférée aux accoucheuses traditionnelles est un élément rassurant, pour d'autres, ce sont les difficultés financières³⁵⁸ et l'éloignement des structures de santé qui sont mis en relief. En revanche, les communautés enquêtées dans la région de l'Extrême-Nord pensent que les centres de santé ne disposent pas du matériel nécessaire pour une prise en charge complète et adéquate de la mère et du nouveau-né. De plus, la rareté des femmes dans les services assurant la prise en charge des grossesses et des accouchements contribue à les décourager dans un contexte où les hommes n'acceptent pas qu'un prestataire de sexe masculin découvre la nudité de leur femme.

Les difficultés inhérentes à l'offre de services englobent donc, entre autres, la carence en personnel de santé qualifié, le manque de formation ou de recyclage de celui-ci, l'inadaptation des infrastructures sanitaires aux besoins de la parturiente d'une part et aux

³⁵⁸ Dans les formations sanitaires enquêtées, les coûts d'un accouchement varient entre 3.000 à 10.000 Fcfa. Dans la province de l'Extrême-Nord, ces coûts sont en majorité inférieurs à 3.000 Fcfa. Considérant le type de formation sanitaire, les coûts sont plus bas dans les hôpitaux de district que dans les autres formations sanitaires. Selon le secteur d'appartenance de la formation sanitaire, les accouchements sont plus coûteux dans le secteur privé.

exigences des services et soins de santé d'autre part. Les participants pensent que « *dans beaucoup de centres de santé, on ne trouve même pas le matériel pour faire sortir l'enfant si une complication se présente pour ne pas dire s'il faut l'opérer* ». Dans la plupart des cas, ces difficultés rendent inefficace le système des soins de santé et augmentent les taux de morbidité et de mortalité associées à la grossesse et à l'accouchement. Certains informateurs ont développé un scepticisme poussé quant à faire accoucher une femme dans une formation sanitaire qu'ils considèrent comme des mouiroirs. L'un des enquêtés de la région de l'Extrême-Nord tranche de façon péremptoire :

« *C'est mieux pour une femme d'accoucher à la maison, car à l'hôpital, soit c'est la mère qui meurt, soit c'est l'enfant* » [Un Notable du District de Santé de Kaelé].

Il poursuit en indexant la non-assistance de la parturiente par le personnel supposé administrer des soins avant et après la parturition : « *... dans les hôpitaux, le personnel est négligeant* ». Malgré ces problèmes soulevés, quelques personnes enquêtées, surtout les femmes, estiment qu'il est mieux d'accoucher à l'hôpital, car c'est un lieu sûr surtout pour une femme qui expérimente son premier geste. Le meilleur « *encadrement du nouveau-né et de la mère* » passe donc nécessairement par un recours aux services d'une accoucheuse traditionnelle formée et expérimentée qu'à un agent de santé. Néanmoins, ils estiment que les prestations sont bonnes si le personnel est un accoucheur qualifié, et qu'ils n'ont pas de reproches à faire quant à la qualité de l'accueil. Ceci met en exergue le souhait de la communauté de voir affecter des femmes plutôt que des hommes dans les salles d'accouchement. Quelques enquêtées considèrent les accoucheuses traditionnelles comme étant responsables de certains cas de complications évitables. Plusieurs personnes pensent par ailleurs qu'elles acceptent difficilement leur incapacité à faire face aux difficultés qui demandent une expertise médicale.

« *Chez les accoucheuses traditionnelles, on dit de patienter au lieu de la référer, on préfère la garder et là entre temps une complication peut venir alors qu'à l'hôpital(...), bon ils s'y connaissent mieux* » [Un membre du COGE de Kaelé].

En ce qui concerne les CPN, la majorité des femmes de la de l'Extrême-Nord affirment avoir été en consultation prénatale sans pour autant suivre la norme des quatre rendez-

vous requis. Les raisons de cette discontinuité seraient essentiellement le manque d'argent ou l'absence d'une infection/complication au cours de la première visite. Sachant que le fait de ne pas aller en consultation prénatale augmente le risque de survenue de complications, le combat contre en vue d'améliorer le niveau d'utilisation des services de CPN doit intégrer le volet sensibilisation. Cette stratégie devrait permettre d'amener, de convaincre l'ensemble des femmes à fréquenter les formations sanitaires durant la grossesse et l'accouchement. Les parents et les conjoints devraient aussi être pris en compte afin que ces femmes soient autorisées à aller en consultation prénatale, leur influence étant majeure dans la prise de décision.

Pour conclure sur ce point, nous admettons que les résultats globaux démontrent un gain d'efficacité (couverture en offre de services de santé en augmentation et homogène sur le territoire national) pour les services de vaccination qui ont déployé des stratégies avancées (aller vers les communautés en campagne ou en porte-à-porte) à coût nul pour les populations, que ce soit en termes d'administration de l'antigène (coût de la vaccination) ou de transport (coût du trajet pour se rendre au centre de santé). Par ailleurs, la faible utilisation des services comme la CPN, l'accouchement ou même l'utilisation des formations sanitaires formelles, couplée à la faible participation communautaire à la vie du district sanitaire, et donc, au financement de la santé, a induit des désajustements entre la SSS et le référentiel de justice sociale. Cette observation valide le modèle conceptuel de notre analyse que nous avons illustré au graphique 15, et qui montre comment la politique sectorielle orientée vers la densification et la modernisation de l'offre de services conduit à des désajustements avec les grands principes énoncés à Alma-Ata (1978) et à Bamako (1987), avec des répercussions ambivalentes sur l'équité et le bien-être. La section suivante a pour objet de comprendre le poids des recours alternatifs face à une offre de santé moderne qui a connu une forte augmentation (densification de l'offre), de même que les raisons qui peuvent expliquer un tel choix, ce qui remet à l'ordre du jour la question de la perception communautaire de la santé dans la construction des politiques sanitaires qui se veulent équitables.

3.3. LE PLURALISME THÉRAPEUTIQUE DANS LE CHOIX DES RECOURS : ENTRE PERCEPTION COMMUNAUTAIRE DE LA SANTÉ ET CAPACITÉ À FONCTIONNER

L'enchevêtrement des facteurs économiques, socioculturels, institutionnels et même individuels tend à expliquer la persistance et la diversification des conduites thérapeutiques chez les patients. HADDAD et FOURNIER [1995]³⁵⁹ relèvent que la médecine moderne obéit à une logique rationaliste dont les succès ont minoré dans le temps les recours alternatifs encore soutenus par les systèmes culturels qui lient l'événement maladie, les réponses, les pratiques et les représentations³⁶⁰ liées à la maladie et les institutions offrant ce type des soins [FASSIN, 1992³⁶¹; LOVELL, 1995³⁶²; LANTUM, 1984³⁶³].

TONDA [1990]³⁶⁴ indique pour sa part que selon la conception institutionnelle des comportements thérapeutiques, « *la maladie ne peut socialement se saisir et se comprendre qu'à travers les interprétations et/ou les constructions des institutions de sa prise en charge* ». Les raisons qui amènent à solliciter un type de recours étant multiples, nous essayons dans cette partie d'analyser les facteurs explicatifs et l'itinéraire thérapeutique des individus en nous limitant aux plus importants pour chaque type de

³⁵⁹ HADDAD S., FOURNIER P. (1995), « Quality, cost and utilization of health services in developing countries. A longitudinal study in Zaïre ». *Social Science and Medicine*, 40 (6), 743-753.

³⁶⁰ La *représentation* est un système de valeurs qui permet aux individus de s'orienter dans leur environnement social et de communiquer leurs expériences en proposant un code pour unifier la façon de les nommer et de les classer.

³⁶¹ FASSIN D. (1992), *Pouvoir et maladie en Afrique*, Paris, PUF, coll. Les champs de la santé, 359 p.

³⁶² LOVELL N. (1995), *Pluralisme thérapeutique et stratégies de santé chez les Evhé du Sud-est Togo*, Paris, CEPED.

³⁶³ LANTUM N. (1984), *Pros and cons of traditional medicine in Cameroun*, Monograph extracted from Abbia, n°37-39, Yaoundé, CUSS.

³⁶⁴ TONDA J. (1990), « Les églises comme recours thérapeutiques » In : FASSIN D. & JAFFRÉ Y. (Dirs), *Société, développement et santé*, Paris, Ellipses/AUPELF.

recours à partir des données de l'enquête nationale sur le recours aux soins et aux médicaments [MSP, 2005]³⁶⁵.

3.3.1. Le choix de recours thérapeutique

3.3.1.1. La consultation moderne et traditionnelle

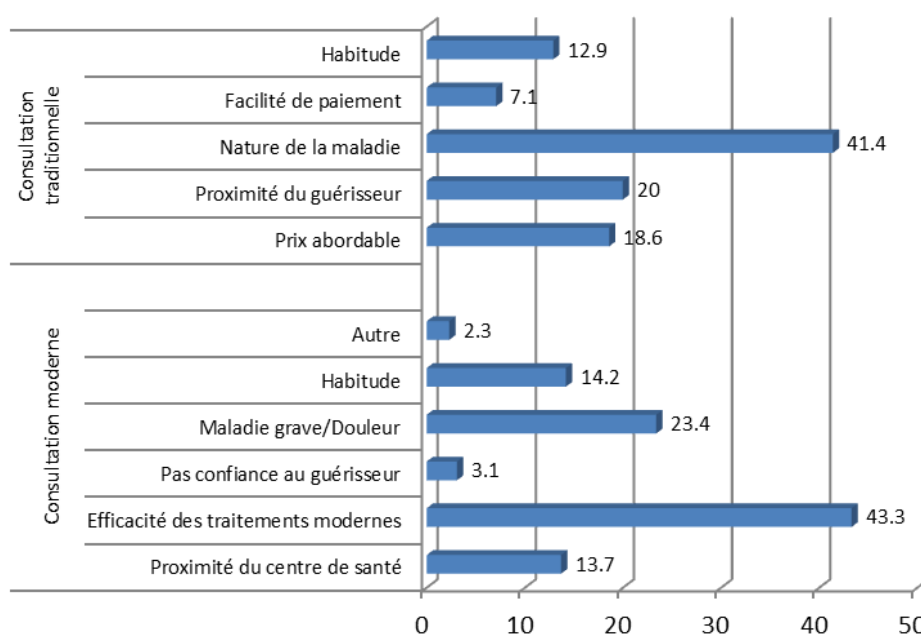
Le niveau de richesse (mesuré par le revenu) reste l'un des facteurs discriminants dans la consommation des soins quel que soit le milieu de résidence du malade. Les plus aisés sont généralement attirés par des soins rares et coûteux alors que les pauvres ont tendance à recourir plus facilement à la médecine parallèle qui offre un avantage comparatif en termes d'accessibilité financière et de mode de paiement (à l'unité, en nature, différé, etc.). Ensuite, viennent les motivations liées aux attitudes des individus à l'égard de la maladie et les représentations socioculturelles que se font les patients [MSP, 2005³⁶⁶; VIVEROS, 1990³⁶⁷].

³⁶⁵ MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE. (2005), *Etude de l'accessibilité et des déterminants de recours aux soins et aux médicaments pour les populations du Cameroun*, op. cit.

³⁶⁶ VIVEROS M. (1990), « La relation entre médecins et malades ». IN : FASSIN D. & JAFFRÉ Y. (Dir.), *Société, développement et santé*, Paris, Ellipses/AUPELF.

³⁶⁷ MBOUYAP K. Y-M. (2004), « Pluralisme thérapeutique au Cameroun : contribution à la compréhension des conduites de recours multiples ». Essai de mémoire de fin d'études démographiques, IFORD, 76 p.

Graphique 30. Répartition des malades selon la première raison justifiant le choix de la consultation moderne ou traditionnelle



Source : MSP, 2005.

Consultation moderne : L'efficacité des traitements apparaît comme la principale raison à recourir en premier lieu à la consultation moderne (environ 3 malades sur 7). Ensuite, viennent la gravité de la maladie et la douleur causée par celle-ci (23%) et enfin, la proximité géographique et l'habitude. Les considérations financières n'auraient pas beaucoup d'importance pour ceux qui optent pour la consultation moderne. La recherche de guérison prime dans leur décision (1 malade sur 2), ce qui se justifie dans la mesure où le coût relativement élevé des soins modernes (frais de consultation, hospitalisation, examens médicaux, médicaments...) fait que cette option thérapeutique soit réservée très majoritairement aux plus riches.

Consultation traditionnelle : Le choix de la consultation traditionnelle avant toute autre éventualité, quant à lui, est dicté dans la majorité des cas par la nature de la maladie (41%). Les croyances étiologiques relatives aux maladies, notamment à ses origines priment dans la décision de recours. La proximité géographique du guérisseur et le prix abordable de la consultation et du traitement viennent en seconde et troisième position après la nature de la maladie, avec des proportions égales à 20% et 18,6% respectivement. Même si les considérations financières n'occupent qu'une place secondaire dans les

décisions du choix de la consultation traditionnelle comme premier recours, il faut noter que ce type de recours est généralement sollicité par les moins nantis. La qualité de service dans les centres de santé justifierait également le premier choix vers le secteur traditionnel.

La décision de consulter ou pas dès l'apparition des premiers symptômes est donc largement tributaire des moyens financiers disponibles [MSP, 2005³⁶⁸, SCHNEIDER *et al.*, 2000³⁶⁹]. Les coûts élevés des prestations des services et des médicaments dans le secteur moderne conjugués avec la baisse considérable du pouvoir d'achat des populations orientent les patients vers les soins traditionnels ou l'automédication. Le choix d'un individu sur le type de consultation (moderne ou traditionnel) peut être autant déterminé par les croyances étiologiques et les perceptions des deux secteurs de la santé que par les considérations financières. Certains malades croient à l'incapacité de la médecine moderne à prendre en charge certaines maladies qu'endiguerait facilement la médecine traditionnelle ; d'autres, par contre, sont convaincus de l'efficacité des traitements prescrits dans les centres de santé, mais rattachent leur sollicitation au défaut de capacité à payer.

L'évidence empirique indique que le choix entre la médecine moderne et traditionnelle est largement guidé par les ressources dont disposent les populations pour s'assurer un bien-être et optimiser leur capital santé. L'accessibilité des services de santé (financière, géographique, socioculturelle) conditionne alors en très grande partie les comportements thérapeutiques des individus. TONDA [1990]³⁷⁰ soutient que la réussite ou l'échec des initiatives en matière de politique sanitaire et donc de l'efficacité/efficience des systèmes de santé dépendent surtout de la prise en compte par les professionnels de la santé et les pouvoirs publics qui portent ces politiques, de l'ensemble des interprétations sociales de la maladie et de leurs relations de pouvoir dans un contexte donné.

³⁶⁸ MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE. (2005), *Etude de l'accessibilité et des déterminants de recours aux soins et aux médicaments pour les populations du Cameroun*, *op. cit.*

³⁶⁹ SCHNEIDER P., DIOP F.P., BUCYANA S. (2000), *Development and Implementation of Prepayment Schemes in Rwanda*. Technical Report No. 45. Bethesda, MD: Partnerships for Health Reform (PHR) Project,

³⁷⁰ TONDA J. (1990), « Les églises comme recours thérapeutiques », *op. cit.*

Cependant, l'enracinement à l'*hospitalo-centrisme* fait que les institutions débordent rarement le cadre biomédical comme le dénotent certains auteurs. Il faut également noter que même dans les pays développés, le recours systématique aux soins modernes s'explique pour une grande part par la mise en place d'institutions sociales de prévoyance et de gestion du risque maladie (sécurité sociale élargie, caisses d'assurance maladie, etc.) et par la définition des politiques sanitaires les plus inclusives possibles.

3.3.1.2. L'automédication (moderne/traditionnelle) et l'abstention/prière

L'automédication renvoie à l'administration par soi-même ou par un tiers (n'appartenant pas au corps médical) de médicaments ou d'attributs thérapeutiques pour satisfaire à une indication déterminée ou pour produire une modification de fonction. Elle peut être moderne (acquérir des produits de la biomédecine sans une prescription préalable) ou traditionnelle (s'offrir des produits issus de la pharmacopée traditionnelle sans consulter un tradipraticien).

Automédication moderne ou traditionnelle : On peut relever trois raisons importantes pour expliquer le recours à l'automédication moderne ou traditionnelle. D'abord, il faut noter que dans un cas comme dans l'autre, l'économique reste déterminant dans la prise de décision thérapeutique : pour l'automédication moderne, le manque d'argent constitue, dans environ la moitié des cas (49,2%), la justification du choix de ce type de recours ; la situation est pire en ce qui concerne l'automédication traditionnelle (59,2%). En effet, l'automédication moderne nécessite généralement le déboursement d'une somme, si minime soit-elle, pour acheter les médicaments. Par contre, ceux qui recourent à l'automédication traditionnelle, se contentent dans la plupart des cas d'utiliser les plantes médicinales qu'on peut se procurer dans les champs ou, le cas échéant, acheter à moindre coût sur le marché local.

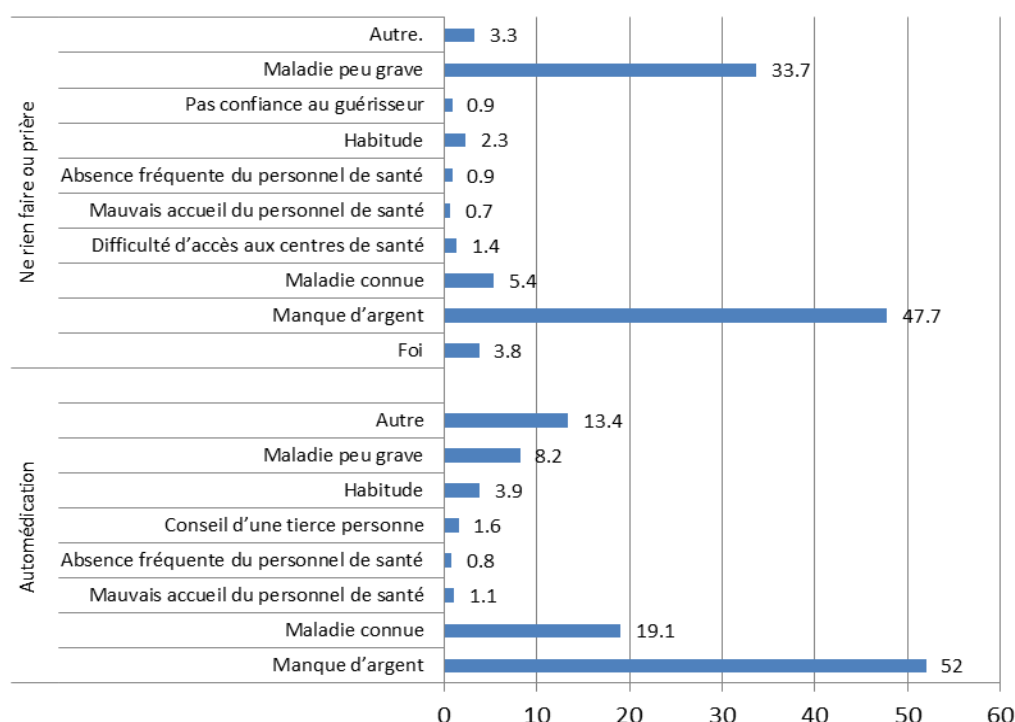
La connaissance de la maladie constitue, loin derrière le manque d'argent, la deuxième raison qui explique le recours à l'automédication. L'administration des traitements s'effectue généralement à partir des expériences acquises lors des épisodes passés. Bien que parfois conscient des dangers que cela représente, environ 1 malade sur 5 s'auto-prescrivait des médicaments croît maîtriser le protocole de soins. De même, 16% de ceux

qui recourent à l'automédication moderne et 5,8% pour l'automédication traditionnelle pensent que la maladie n'est pas grave pour nécessiter l'intervention d'un personnel de santé.

Ne rien faire et prière : Comme pour l'automédication, la décision de « ne rien faire » au début de la maladie est majoritairement dictée par des raisons d'ordre financier comme c'est le cas pour près de la moitié des malades qui s'abstiennent au début (48,5%). Généralement, ces individus se donnent d'abord du temps pour observer l'évolution de la maladie avant d'opter pour un quelconque protocole thérapeutique, surtout lorsque la maladie s'aggrave. Une part importante des malades (34,2%) se montre indifférente vis-à-vis de la maladie parce qu'elle pense que la maladie n'est pas grave. Le recours à la prière, en revanche, est choisi principalement sur la base de la foi (68,2%), suivi du manque d'argent (13,7%).

L'analyse confirme la primauté de l'impact des coûts élevés et non flexibles et de la qualité des soins sur la demande. A cela, viennent s'ajouter d'autres facteurs comme la paupérisation grandissante, la déshumanisation (mauvais accueil, longues attentes, etc.) en milieu hospitalier, le détournement des malades vers les circuits informels par le personnel soignant, etc. L'infléchissement de ces pesanteurs qui entravent l'atteinte des objectifs d'accessibilité aux soins de santé de base pour tous appelle à des stratégies novatrices au niveau de l'action publique. Car, il serait judicieux que tout en surmontant les facteurs de désaffectation des centres de santé, que l'on recherche parallèlement à tirer les bénéfices qu'offre le secteur traditionnel afin d'augmenter la couverture sanitaire partout et pour tous.

Graphique 31. Répartition des malades selon la première raison justifiant le choix de l'automédication et l'abstention/prière



Source : MSP, 2005

3.3.2. Les déterminants individuels et socio-économiques de recours aux soins

L'étude des déterminants sociaux de recours aux soins intègre des dimensions qui permettent de rendre compte des inégalités de santé, notamment les caractéristiques comportementales des individus ou leurs représentations de la santé et de la maladie. Elles permettent également de saisir les éléments explicatifs sur l'attention que les populations portent à leur santé et la hiérarchisation des besoins de santé par rapport aux autres besoins fondamentaux, ou jugés comme tels, de la personne. Une meilleure compréhension des déterminants sociaux de la santé est essentielle si l'on veut avoir une maîtrise des stratégies alternatives en termes d'organisation et de financement du système de santé en améliorant la qualité de l'offre qui contribue véritablement à la réduction des inégalités face à la santé. Ces déterminants renvoient à certaines caractéristiques psychosociales - comme l'estime de soi, les capacités individuelles d'adaptation (*coping*), les perceptions

de sa propre efficacité à faire face (*self-efficacy*), ou les représentations en termes de contrôle (*sense of control*) - à l'intériorisation des normes médicales et aux expériences antérieures et familiales de la maladie et du recours aux soins, y compris l'échec thérapeutique ou l'erreur médicale.

La littérature existante aborde essentiellement les déterminants de recours à la médecine moderne en mettant en relief la faible accessibilité géographique en milieu rural, la faible accessibilité financière aux soins de base, la qualité inégale des services curatifs et le développement important du secteur informel comme autant de facteurs qui pèsent de façon négative sur l'état de santé de la population. Ces facteurs découlent de l'organisation du système formel de l'offre de soins, des revenus des ménages et de la structure des dépenses de santé des ménages [REMY, 2000³⁷¹ ; COMMEYRAS, 2000³⁷² ; NKWENKEU, 2010³⁷³]. A côté de cette problématique nationale, l'analyse de l'accessibilité aux soins de qualité en Afrique a identifié divers obstacles d'ordre politique (faible appui au secteur de la santé traduit par des engagements budgétaires limités) [NTANGSI, 1998]³⁷⁴, structurel (insuffisance des infrastructures sanitaires, de ressources humaines, et de capacités de contrôle de qualité) [RSM, 2005], socio-culturel (faible niveau d'éducation, perception fataliste de la maladie et de la mort, informations insuffisantes et perverties des prescripteurs sur les médicaments) [MARITOUX, 2000]³⁷⁵, et économique [GRUENAI, 2001]³⁷⁶. L'amélioration de l'accessibilité aux soins, comme nous l'avons déjà souligné,

³⁷¹ REMY S. (2000), *Recours aux soins et dépenses de santé dans les ménages camerounais en milieu urbain, Etude réalisée à Yaoundé dans le quartier de Ndjong-Melen*. Institut de Santé et Développement (Paris VI), Santé Publique et pays en Voie de Développement, p. 42.

³⁷² COMMEYRAS C. (2000), *Problématique du médicament au Cameroun. Etat des lieux de l'offre, de la demande, des prix de vente, et perspectives pour améliorer l'accessibilité financière*. Bulletin de Liaison et de Documentation de l'OCEAC, 33(4),

³⁷³ NKWENKEU F.S. (2010), *Politiques publiques de santé en Afrique : entre efficacité et équité*, op. cit.

³⁷⁴ NTANGSI J. (1998), *An analysis of Health Sector Expenditures in Cameroon Using a National Health Accounts Framework*. World Bank resident Mission: Yaoundé. p 22.

³⁷⁵ MARITOUX J. BRUNETON C., BOUSCHARAIN P. (2000), *Le secteur pharmaceutique dans les Etats africains francophones*, in *La santé en Afrique, anciens et nouveaux défis*, La documentation française, Editor. Afrique Contemporaine: Paris. p. 210-229.

³⁷⁶ GRUENAI M-E. (2001), *L'organisation locale des politiques de santé en Afrique Centrale*, Institut de Recherche pour le Développement: Marseille. p 201.

nécessite une meilleure compréhension des déterminants socio-culturels et socio-économiques qui dictent l'itinéraire thérapeutique des individus lorsqu'ils font face à une situation morbide. Pour le faire, nous procédons à un travail économétrique en mobilisant les modèles de régression logistique suivant la méthodologie décrite par DAMODAR [2004]³⁷⁷.

3.3.2.1. Le modèle de régression logistique (LOGIT)

Pour comprendre les facteurs explicatifs de la demande de soins de santé, nous procédons à l'analyse économétrique suivant le modèle de régression LOGIT, étant donné sa capacité à traiter les corrélations et proposer une interprétation des coefficients explicatifs binaires. Les données exploitées dans cette analyse sont celles de la 3^{ème} Enquête Camerounaise Auprès des Ménages (ECAM) réalisée en 2007 par l'Institut National de la Statistique (INS), qui a porté sur près de 10.000 ménages repartis sur l'ensemble du territoire national.

Le questionnaire de l'enquête permet dans un premier temps d'identifier les individus qui ont été malades au cours des deux dernières semaines ayant précédé l'opération de collecte des données. Dans un second temps, il donne des indications sur les types de recours thérapeutiques (structures de soins visitées) pour ceux ayant fait face à une situation morbide au cours de cette période de référence (épisodes aigus). Enfin, pour ceux n'ayant pas été malades au cours des deux dernières semaines qui ont précédé l'enquête, le questionnaire s'est intéressé aux personnes ayant consulté sur les 12 derniers mois ainsi que le type de recours aux soins (épisodes chroniques).

La variable à expliquer (variable dépendante Y) est donc dans notre cas le type de recours aux soins sollicité par le patient. Bien que ce recours s'organise autour de quatre grandes orientations : (i) le recours à une structure de santé moderne (hôpitaux, CMA, CSI, Pharmacie, Clinique, Infirmerie) ; (ii) le recours à la médecine traditionnelle (consultation d'un tradipraticien) ; (iii) l'automédication (traditionnelle ou moderne), nous resserrons notre analyse autour des deux premiers recours qui se distinguent nettement des deux

³⁷⁷ DAMODAR G. (2004), *Econométrie*, De Boeck Université, 4^{ème} édition, Bruxelles.

autres, et, aussi, parce que le recours à la consultation traditionnelle et à l'abstention se prêtent difficilement à ce type d'analyse. Nous cherchons à mesurer l'effet des différentes variables explicatives (ou variables indépendantes X) sur la probabilité de solliciter comme moyen de recours l'un de ces paquets de soins. Ces différentes variables explicatives sont l'âge, le milieu de résidence, le niveau de vie du ménage, la religion, le niveau d'instruction et le sexe du chef de famille.

a. Formalisation mathématique du modèle

Le modèle de régression logistique nous permet d'éprouver les liens de causalité entre les variables dépendantes suivant le principe du maximum de vraisemblance en quantifiant l'effet des variables explicatives en termes de probabilité. Ainsi, pour chacun des types de recours, nous considérons pour l'analyse comme variable réponse, la variable Y_i dont les valeurs correspondent à deux éventualités.

Soit Y_i la variable dépendante qualitative binaire (*se faire soigner dans une structure sanitaire formelle ou informelle ; opter pour l'automédication*) et X_i ($i = 1, 2, \dots, n$) n variables explicatives indépendantes. Les modalités ou catégories de la variable Y_i nominale sont étiquetées à l'aide des valeurs numériques. La nature de la variable Y_i est dichotomique, c'est-à-dire que Y_i prend la valeur 1 si l'individu malade est allé se faire soigner en utilisant le type de recours concerné (on dit que l'événement étudié se réalise) et 0 sinon. Le champ d'observation est celui de Y_i qui prend des valeurs sur un ensemble d'individus i ($i = 1, 2, \dots, k$), k étant le nombre total d'individus observés, c'est-à-dire la taille de l'échantillon enquêté.

b. Estimation et interprétation

Nous prenons pour acquis que le besoin de santé se distingue de la demande exprimée étant donné que le besoin est objectif et concerne la pathologie effective alors que la demande exprimée est subjective et dépend de la sensibilité de chacun à la maladie. L'hypothèse qu'il existe un effet explicatif entre le recours aux différents types d'offre de soins et les catégories socio-économiques (dont la zone géographique d'appartenance)

permettrait d'expliquer certains aspects de l'inaccessibilité persistante dans l'accès aux soins.

Pour chacune des trois variables dépendantes de recours aux soins, une référence est déterminée et la variation des modalités se fait par rapport à ce groupe de référence. Deux types de modèle logistique sont mis en œuvre pour étudier l'effet des caractéristiques individuelles sur les recours thérapeutiques.

La régression logistique dichotomique :

Il s'agit ici d'appréhender les facteurs explicatifs du choix d'un type de recours pris isolement. La régression logistique dichotomique permet de modéliser la variable Y_i de nature nominale en fonction de plusieurs variables indépendantes (à la fois dichotomique et polytomique) que nous pouvons mathématiquement formaliser en ces termes :

Soient p la probabilité pour que l'événement $Y=1$ se réalise [$p=Prob(Y=1)$] et q la probabilité de l'événement contraire, [$q=1-p=Prob(Y=0)$].

Le modèle de régression logistique permet de transformer la grandeur

$$Z = \text{Log}\left(\frac{p}{1-p}\right) = \log it(p)$$

sous la forme linéaire suivante :

$$Z = \log it(p) = \beta_0 + \beta_1 X_1 + \beta_2 X_2 + \dots + \beta_n X_n + \xi$$

En d'autres termes, $e^Z = e^{\text{Log}\left(\frac{p}{1-p}\right)} = \frac{p}{1-p}$. De cette relation, on peut déduire que

$$p = \frac{e^Z}{1 + e^Z} = \frac{1}{1 + e^{-Z}}.$$

Dans la relation, β_i est le terme indépendant de l'équation qui exprime le niveau moyen de Z pour toutes les valeurs de X_i , les β_i sont les coefficients de régression rattachés aux

variables X_i et ξ le terme d'erreur. Comme pour le modèle de régression linéaire, les variables explicatives X_i peuvent être quantitatives ou catégorielles auquel cas, on les rend dichotomiques. Chaque modalité choisie comme référence pour chaque variable indépendante de départ n'est plus introduite dans le modèle (le coefficient de régression associé égal à 0). Ces modalités servent de référence pour l'explication des paramètres rattachés aux autres modalités de la même variable indépendante, les variables ayant chacune k modalités.

Le modèle gagne sa solidité à partir de la probabilité du Khi-carré (ou χ^2) qui est fournie ainsi qu'un paramètre R^2 qui mesure l'adéquation du modèle ou la pertinence des variables choisies comme indépendantes pour expliquer la variance de la variable dépendante. Pour chaque coefficient β_i , le modèle donne une statistique et une probabilité du test de comparaison du coefficient β_i à 0. Cette probabilité est comparée au seuil de signification fixé. La variable indépendante X_i est associée à la variable dépendante Y si la probabilité associée à β_i est significative, c'est-à-dire inférieure au seuil d'erreur fixé.

La force d'association entre chacune des variables explicatives et la variable expliquée est donnée par les odds-ratio (OR)³⁷⁸ ou rapports de chance de la modalité considérée par rapport à la modalité de référence qui correspondent au risque relatif entre deux probabilités. Ces odds-ratio sont obtenus à travers les coefficients β_i ($i = 1, 2, \dots, n$) et sont calculés en analyse univariante.

³⁷⁸ La variable dépendante étant dichotomique, une des méthodes d'analyse statistique adaptée est la régression logistique. Dans la régression logistique une variable dépendante de nature dichotomique (prenant les valeurs 1 ou 0) est expliquée par un ensemble de variables qui peuvent être qualitatives ou quantitatives. Ce qui est modélisé dans la régression logistique, c'est la quantité appelée *odds* et qui est le rapport de deux probabilités. La probabilité que l'événement survienne (P) et la probabilité que celui-ci ne survienne pas ($1-P$), En considérant X_i variables indépendantes (i allant de 1 à k), l'équation de régression logistique peut s'écrire :

$$\frac{P}{1-P} = e^{B_0 + B_1 X_1 + \dots + B_k X_k} = e^{B_0} \prod_{i=1}^{i=k} e^{B_i X_i}$$

où les β_i représentent les coefficients de régression ; le facteur par lequel le odds change lorsque la $i^{\text{ème}}$ variable indépendante passe de la valeur 0 à la valeur 1. Dans la comparaison de deux sous-populations ou catégories d'une variable indépendante (dans lesquelles la probabilité que l'événement survienne est respectivement de P_1 et P_2), ce qui est examiné c'est le rapport appelé rapport des chances ou *odds ratio* en anglais.

$$\frac{\frac{P_2}{1-P_2}}{\frac{P_1}{1-P_1}}$$

Les odds-ratio sont en fait les exponentiels de β_i et sont faciles à interpréter. Si β_i est positif, e^{β_i} est supérieur à 1, cela signifie que les individus de la modalité considérée de la variable explicative ont $[e^{\beta_i} - 1]\%$ plus de chance (ou e^{β_i} fois plus de chance) que leurs homologues de la modalité de référence de subir l'événement étudié (plus de chance de réaliser l'événement $Y=1$). En d'autres termes, cela signifie que la modalité explicative s'accompagne d'une probabilité de recours aux soins considérée plus importante que pour la modalité de référence, et d'autant plus forte que le odd-ratio est élevé. Ce dernier doit être suffisamment différent de 1 pour conclure à un effet significatif de la modalité étudiée sur la probabilité de recours au soin considéré.

En revanche, si β_i est négatif, les individus de la modalité considérée de la variable explicative ont $[1 - e^{\beta_i}]\%$ moins de chance que leurs homologues de la modalité de référence de réaliser l'événement étudié (en fait les seconds $[1 - e^{\beta_i}]\%$ ont plus de chance que les premiers de réaliser l'événement étudié $Y=1$). Les résultats de la régression logistique s'interprètent de la manière suivante : si la variable indépendante X_i augmente d'une unité, alors le rapport de chance augmente de e^{β_i} unités traduisant ainsi les influences de la variable X_i sur la variable dépendante. D'où l'interprétation du signe (-) pour signifier la baisse du risque moyen et le signe (+) l'augmentation du risque moyen.

La régression logistique multinomiale

Le principe de cette méthode est de relier la probabilité de répondre à l'une des modalités de la variable à expliquer en fonction des variables explicatives (la variable Y est nominale), ce qui permet d'estimer la probabilité conditionnelle. Nous l'adoptons dans l'optique d'identifier les facteurs explicatifs du choix pour un type de recours spécifique comparativement aux autres types de recours. Autrement dit, qu'est ce qui pourrait prédisposer un malade à recourir à l'automédication plutôt qu'aux soins modernes ? L'expression analytique du modèle multinomial est donnée ci-dessous :

$$\text{Log}[p(y=j \mid x_i) / p(y=1 \mid x_i)] = \alpha_j + \beta_j X_i$$

Dans ce cadre, une modalité de référence doit être sélectionnée, les coefficients estimés interprétés en fonction de cette modalité de référence.

La probabilité de choisir la modalité j en considérant que la modalité de référence est la modalité 1 est donc :

$$p(y=j | x_i) = \exp(\alpha_j + \beta_j X_i) / [1 + \sum_{k=2..J} \exp(\alpha_k + \beta_k X_i)]$$

Pour la modalité 1, on a :

$$p(y=1 | x_i) = 1 / [1 + \sum_{k=2..j} \exp(\alpha_k + \beta_k X_i)]$$

On peut ainsi obtenir la log-vraisemblance de l'échantillon :

$$l(\alpha, \beta) = \sum_{i=1..n} \sum_{j=1..J} y_{ij} \log(p(y=j|x_i))$$

Pour estimer les paramètres b du modèle (les coefficients de la fonction linéaire), on maximise la fonction de vraisemblance, contrairement à la régression linéaire qui ne dispose pas d'une solution analytique exacte et qui oblige d'utiliser un algorithme itératif.

c. Significativité des estimateurs

Les coefficients β_i sont estimés par la méthode du maximum de vraisemblance. Afin de tester la significativité globale du modèle, nous utilisons le test du ratio de vraisemblance (*likelihood ratio*). La modélisation fait appel à des tests d'adéquation équivalents à la comparaison d'une distribution observée à une distribution théorique (χ^2).

Pour cela nous testons l'hypothèse H_0 ($\beta_1 = \beta_2 = \beta_3 = \dots = \beta_k = 0$) toutes les variables explicatives sont égales à 0, contre H_1 : au moins un de ces coefficients n'est pas nul, au moins une variable explicative n'est pas indépendante de la variable expliquée. Dans ce but, nous comparons le ratio de vraisemblance calculé (à partir de notre modèle de régression estimé) avec la valeur lue dans une table du χ^2 (valeur théorique quand $\beta_1 = \beta_2 = \beta_3 = \dots = \beta_k = 0$). Afin de tester la significativité individuelle des estimateurs, nous pouvons utiliser le test de Wald. La procédure de test est identique à celle du ratio de vraisemblance. Le degré de liberté de la valeur théorique du χ^2 est établi de la même façon que pour le ratio de vraisemblance.

3.3.2.2. Résultats de l'estimation

Le modèle économétrique adopté a permis de tester l'effet des différentes variables de recours aux soins modernes (comprenant à la fois les secteurs formel et informel - hôpital, CMA, CSI, clinique/cabinet médical, pharmacie, infirmerie, ONG de santé et GIC-Santé) et à l'automédication qui représentent respectivement les premier et second types de recours sollicités. Ces 2 types de recours thérapeutiques sont retenus ici comme étant les variables d'intérêt et sont donc traités en tant que variables dépendantes. Plusieurs variables de contrôle (indépendantes) ont alors été définis autour de 3 grands groupes de déterminants :

- quatre variables individuelles : le sexe, l'âge, la situation matrimoniale, le niveau d'instruction ;
- cinq variables socio-économiques : la taille du ménage, le niveau de vie, la religion du chef de ménage et le lien de parenté avec le chef de ménage ; la catégorie socio-professionnelle ;
- deux variables spatio-environnementales : le milieu de résidence (rural/urbain) et la région de résidence (circonscription administrative).

Pour chacune des variables de contrôle, une modalité de référence est retenue et la régression est faite en rapport avec les caractéristiques qui prédisposent les patients au type de recours considéré. Pour chaque type de recours, quatre modèles ont été développés, chacune exprimant une probabilité associée à l'estimateur β_i (odd-ratio) : le modèle M0, qui permet de calculer les effets bruts de chaque variable retenue ou présumée pour expliquer le choix d'un type de recours spécifique ; le modèle M1, qui rend compte des effets des variables spatio-environnementales (région et milieu de résidence) ; le modèle M2, qui présente les effets des variables spatio-environnementales et celles liées au ménage (taille, niveau de vie et religion du chef de ménage) ; enfin le modèle M3, qui rend compte des effets nets avec prise en compte non seulement des variables spatio-environnementales et de celles liées au ménage, mais aussi des variables individuelles tels

que l'âge, le sexe, le lien de parenté avec le chef de ménage, la situation matrimoniale et la catégorie socio-professionnelle du patient.

Les tableaux 14 et 15 donnent les résultats des rapports de chance suivant le modèle *PROBIT* ordonné par la méthode du maximum de vraisemblance. La statistique χ^2 du ratio de vraisemblance montre que le modèle est globalement significatif, le ratio de vraisemblance ajusté étant égal à 0,005 pour les variables explicatives du modèle avec des coefficients du signe espéré. Par ailleurs, il ressort de l'analyse économétrique l'existence des résultats de la régression l'existence des variables propres aux caractéristiques des répondants et des services de santé affectant la valeur de la prédisposition à recourir aux soins de santé moderne ou à l'automédication.

a. Recours aux soins modernes

Les résultats du modèle montre que chacune des variables retenues considérée isolément, prédispose aux recours aux soins modernes (M0). Les mêmes résultats sont obtenus lorsqu'on considère les modèles M1 (incluant les variables spatio-environnementales hormis la taille du ménage) et M2 (incluant les variables socio-environnementales et les variables liées aux ménage). Mais, en incluant les variables individuelles liées au patient (M3), on note que la religion du chef de ménage, l'âge, la situation matrimoniale, le niveau d'instruction et la catégorie socio-professionnelle du patient ne sont plus significatifs. En outre, la région de résidence, le milieu de résidence, la taille du ménage, le niveau de vie, le sexe et le lien de parenté avec le chef de ménage sont significativement liés au recours aux soins modernes. Ces différentes variables expliqueraient à près de 11% le recours à ce type de soins.

Le milieu de résidence semble lié au type de recours aux soins. Les statistiques du χ^2 attestent de cette présomption. Si, de façon générale, le recours aux soins modernes reste dominant, certaines tendances semblent se dégager suivant le contexte géographique. Ainsi, les résultats révèlent que les patients vivant dans les régions du Centre (OR = 2,3), du Nord-Ouest (OR = 2,0) et du Sud-Ouest (OR = 2,6) optent plus largement pour les soins modernes que ceux résidant dans la région du Sud (principalement forestière). Pour ceux d'autres régions, notamment de l'Adamaoua (OR = 0,2), du Nord (OR = 0,5) et de

l'Ouest ($OR = 0,6$), les rapports de chance sont assez faibles pour expliquer une corrélation avec le recours aux soins modernes.

Cette probabilité de recours aux soins modernes est plus élevée pour les personnes vivant en milieu urbain (1,4 fois plus de chance) que ceux du milieu rural. Par ailleurs, le fait de vivre dans les ménages de petite taille ne suffit pas à lui seul pour expliquer les différences de recours (OR quasi-identiques pour les ménages de taille différente). En revanche, cette variable est fortement corrélée avec le niveau de vie du ménage et la promiscuité qui s'en suit. Les personnes vivant dans les ménages pauvres ont moins de chance de recourir aux soins modernes que ceux vivant dans les ménages non pauvres.

Il existe également un recours différentiel suivant le sexe du malade. Ainsi, les femmes ont 1,4 fois plus de chances de recourir aux soins modernes que les hommes. En ce qui concerne le lien de parenté, on note que la probabilité de recours aux soins modernes du chef de ménage ou de son conjoint est plus élevée que leurs parents ou autres membres du ménage. Cette situation pourrait s'expliquer par l'association étroite entre la capacité à payer et l'utilisation des services de santé. Par contre, il n'existe aucun lien entre l'âge, la situation matrimoniale et la catégorie socioprofessionnelle et le type de recours. Enfin, les personnes justifiant d'un niveau d'éducation supérieur ont nettement plus de chances de recourir aux soins modernes ($OR = 2,0$).

b. Recours à l'automédication

Ici également, toutes les variables retenues considérées isolément ($M0$) sont significatives et expliquent chacune le recours à l'automédication. En prenant en compte toutes les variables retenues dans le modèle ($M3$), les résultats révèlent que le recours à ce type de soins s'expliquerait entre autres par la région et le milieu de résidence, la taille et le niveau de vie du ménage, le sexe, l'âge et le niveau d'instruction du patient. Prises ensemble, ces différentes variables expliquent à près de 10% le recours à l'automédication (Pseudo $R^2 = 9,7\%$).

Selon la région de résidence, on constate que les patients de l'Adamaoua, du Nord et ceux de l'Ouest ont une préférence beaucoup plus poussée à l'automédication que ceux du Sud.

Ainsi, ces derniers ont respectivement 1,8 fois, 1,7 fois et 1,3 fois plus de chances de recourir à l'automédication en cas de maladie que ceux du Sud. En revanche, les rapports de chance des patients vivant dans les régions du Sud-Ouest, du Nord-Ouest et du Centre sont faibles comparés à ceux du Sud avec des effets significatifs qui n'expliquent pas un recours à l'automédication plus prononcé. Par rapport au milieu de résidence, nous notons que les patients vivant en milieu urbain ont plus de chance de faire recours à ce type de soins que ceux du milieu rural (OR = 0,8).

Concernant la taille du ménage, on constate que les patients vivant dans les ménages de petite taille sont nettement plus exposés à l'automédication que ceux vivant dans les ménages de grande taille. Pour ce qui est du niveau de vie du ménage, les patients vivant dans les ménages pauvres ont 1,5 fois plus de chances de recourir à l'automédication que ceux vivant dans les ménages non pauvres. La prise en compte du sexe montre que les femmes recourent plus à l'automédication que les hommes (OR = 0,7).

Tableau 14. Probabilités de recours (effets bruts et effets nets) aux soins modernes

Variables	Modalités	Recours aux soins modernes			
		M0	M1	M2	M3
Région de résidence	Sud	<i>Réf</i>	<i>Réf</i>	<i>Réf</i>	<i>Réf</i>
	Douala	1,3**	0,8*	0,8*	0,9ns
	Yaoundé	2,3*	1,4*	1,4*	1,2ns
	Adamaoua	0,2*	0,2*	0,3*	0,3*
	Centre	1,8*	1,8*	1,9*	2,2*
	Est	1,2**	1,1ns	1,2ns	1,3ns
	Extrême-Nord	0,9***	0,8*	1,1ns	1,1ns
	Littoral	0,8***	0,7*	0,8*	0,7**
	Nord	0,5*	0,5*	0,6*	0,7*
	Nord-Ouest	2,0*	1,8*	2,1*	2,2*
	Ouest	0,6*	0,6*	0,6*	0,6*
	Sud-Ouest	2,6*	2,3*	2,3*	3,1*
Milieu de résidence	Rural	<i>Réf</i>	<i>Réf</i>	<i>Réf</i>	<i>Réf</i>
	Urbain	2,3*	2,1*	1,8*	1,4*
Taille du ménage	9 personnes ou +	<i>Réf</i>		<i>Réf</i>	<i>Réf</i>
	1-4 personnes	1,4*		0,9*	0,7*
	5-6 personnes	1,3*		1,0ns	0,8**
	7-8 personnes	1,2*		1,0ns	0,8**
Niveau de vie	Non Pauvre	<i>Réf</i>		<i>Réf</i>	<i>Réf</i>
	Pauvre	0,4*		0,5*	0,6*
Religion du Chef de ménage	Musulman	<i>Réf</i>		<i>Réf</i>	<i>Réf</i>
	Catholique	2,6*		1,3*	1,1ns
	Protestant	2,2*		1,2*	1,0ns
	Autre chrétien	2,5*		1,1ns	1,0ns
	Autre religion	1,4*		0,9***	0,9ns
Sexe	Homme	<i>Réf</i>			<i>Réf</i>
	Femme	1,2*			1,4*
Lien de parenté avec le CM	Autre (parent/famille)	<i>Réf</i>			<i>Réf</i>
	Chef de ménage (CM)	1,1**			1,6*
	Conjoint du CM	1,3*			1,6*
	Fils/fille CM	0,9**			1,0ns
Age	45 ans ou plus	<i>Réf</i>			<i>Réf</i>
	Moins de 5 ans	1,4*			-
	5-14 ans	0,7*			0,1ns
	15-24 ans	1,1***			0,1ns
	25-44 ans	1,3*			0,1ns
Situation Matrimoniale	Autre statut	<i>Réf</i>			<i>Réf</i>
	Célibataire	0,8*			1,1ns
	Marie	0,9**			1,1ns
Niveau d'instruction	Sans niveau	<i>Réf</i>			<i>Réf</i>
	Primaire	0,9*			1,0ns
	Secondaire	1,4*			1,4ns
	Supérieur	2,6*			2,0*
Catégorie socioprofessionnelle	Aides familiaux/apprentis	<i>Réf</i>			<i>Réf</i>
	Cadre	4,5*			1,2ns
	Employé/Manœuvre	2,7*			1,1ns
	Patron/auto-employé	1,7*			0,9ns
	Pseudo R2 (en%)		9,5	11	11,1
	Prob > χ^2		0.0000	0.0000	0.0000

* significatif à 1%, ** significatif à 5%, *** significatif à 10%, ns=non significatif

Tableau 15. Probabilités de recours (effets bruts et effets nets) à l'automédication

Variables	Modalités	Recours à l'automédication			
		M0	M1	M2	M3
Région de résidence	Sud	<i>Réf</i>	<i>Réf</i>	<i>Réf</i>	<i>Réf</i>
	Douala	0,7*	1,1ns	1,1ns	0,9ns
	Yaoundé	0,4*	0,6*	0,6*	0,8ns
	Adamaoua	2,7*	2,7*	2,0*	1,8*
	Centre	0,5*	0,5*	0,5*	0,4*
	Est	0,6*	0,7*	0,6*	0,7***
	Extrême-Nord	1,2*	1,3*	1,0ns	1,0ns
	Littoral	1,2**	1,4*	1,3*	1,3***
	Nord	2,0*	2,2*	1,7*	1,7*
	Nord-Ouest	0,4*	0,4*	0,4*	0,4*
	Ouest	1,4*	1,5*	1,4*	1,3**
	Sud-ouest	0,3*	0,4*	0,4*	0,3*
Milieu de résidence	Rural	<i>Réf</i>	<i>Réf</i>	<i>Réf</i>	<i>Réf</i>
	Urbain	0,5*	0,6*	0,6*	0,8*
Taille du ménage	9 personnes ou +	<i>Réf</i>		<i>Réf</i>	<i>Réf</i>
	1-4 personnes	0,7*		1,1***	1,5*
	5-6 personnes	0,8*		1,1ns	1,3*
	7-8 personnes	0,9**		1,1ns	1,3*
Niveau de vie	Non Pauvre	<i>Réf</i>		<i>Réf</i>	<i>Réf</i>
	Pauvre	2,3*		1,7*	1,5*
Religion du Chef de ménage	Musulman	<i>Réf</i>		<i>Réf</i>	<i>Réf</i>
	Catholique	0,5*		0,8*	1,0ns
	Protestant	0,6*		0,9***	1,1ns
	Autre chrétien	0,5*		0,9ns	1,1ns
	Autre religion	1,2*		1,1ns	1,2ns
Sexe	Homme	<i>Réf</i>			<i>Réf</i>
	Femme	0,8*			0,7*
Lien de parenté avec le CM	Autre (parent/famille)	<i>Réf</i>			<i>Réf</i>
	Chef de ménage (CM)	0,7*			0,7*
	Conjoint du CM	0,8*			0,7**
	Fils/fille CM	1,1***			1,0ns
Age	45 ans ou plus	<i>Réf</i>			<i>Réf</i>
	Moins de 5 ans	0,9***			-
	5-14 ans	1,9*			1,4**
	15-24 ans	1,1ns			1,1ns
	25-44 ans	0,9***			0,9ns
Situation Matrimoniale	Autre statut	<i>Réf</i>			<i>Réf</i>
	Célibataire	1,4*			0,9ns
	Marie	1,1ns			0,9ns
Niveau d'instruction	Sans niveau	<i>Réf</i>			<i>Réf</i>
	Primaire	1,1ns			1,2ns
	Secondaire	0,7*			0,8ns
	Supérieur	0,4*			0,5**
Catégorie socioprofessionnelle	Aides /familiaux	<i>Réf</i>			<i>Réf</i>
	Cadre	0,3*			1,1ns
	Employé/Manceuvre	0,4*			0,9ns
	Patron/ auto-employé	0,6*			1,1ns
	Pseudo R2 (en%)		7,2	8,1	9,7
	Prob > χ^2		0.0000	0.0000	0.0000

* significatif à 1%, ** significatif à 5%, *** significatif à 10%, ns=non significatif

3.3.2.3. *Analyse des recours thérapeutiques suivant trois modes de déterminants : individuels, socio-économiques et spatio-environnementaux*

Cette section a pour objectif de réévaluer les 2 principaux comportements thérapeutiques des patients lors d'un épisode morbide et de repérer les facteurs de divers ordres qui s'entremêlent pour déterminer la conduite thérapeutique du patient. Les explications peuvent se rechercher au moyen de plusieurs variables, mais nous avons appliqué un modèle qui permet d'établir des écarts de probabilité aux deux types de recours qui se sont révélés être les plus importants au moment de l'analyse, à savoir le recours aux soins de santé modernes et à l'automédication (moderne et traditionnelle). D'après MIZHARI [1978]³⁷⁹, la consommation médicale des individus peut être expliquée en niveau et/ou structure par quatre catégories de variables : les variables démographiques (le sexe, l'âge et la morbidité ou l'état de santé), les variables socio-économiques, le système d'offre de soins de santé en place et la tarification des médicaments/actes médicaux à laquelle se greffe la réglementation en vigueur. FOURNIER et HADDAD [1995]³⁸⁰ proposent un regroupement en trois grandes catégories que nous retenons moyennant quelques modifications.

a. Les déterminants individuels : l'âge, le sexe, la situation matrimoniale, le niveau d'instruction

L'influence des caractéristiques individuelles sur la probabilité de recours aux soins utilise l'approche par la demande dans l'analyse du comportement thérapeutique des agents économiques qui peut être appréhendée par une fonction d'utilité, approchée par le degré de morbidité et/ou les caractéristiques individuelles ou alternatives des agents (socio-économiques et environnementales dans notre cas). Les travaux pionniers d'ACTON [1975]³⁸¹ utilisent des modèles à choix discrets pour formuler des modèles de demande de

³⁷⁹ MIZHARI A. (1978), *Micro-économie de la consommation médicale*, Centre de recherche pour l'étude et l'observation des conditions de vie, 392 p.

³⁸⁰ FOURNIER P., HADDAD S. (1995), « Les facteurs associés à l'utilisation des services de santé dans les pays en développement », in GERARD H. et al, *la sociologie des populations*, Montréal, AUPELF/UREF, 289-325

³⁸¹ ACTON J.P. (1975), « Nonmonetary factors in the demand of health services. Some empirical evidence », *Journal of Political Economy*, 83, 595-616.

soins permettant d'établir des prédictions théoriques sur la maximisation de l'utilité dans le choix des recours aux soins. Nous entendons donc par déterminants individuels les caractéristiques intrinsèques à un individu, qu'elles soient acquises ou innées.

En conformité avec les approches de la demande de soins médicaux théorisées par GROSSMAN [1972]³⁸², l'âge et le sexe peuvent significativement influencer la consommation médicale pour des raisons biologiques (le risque de morbidité augmente avec l'âge en adéquation avec l'effritement du capital santé individuel). Ces déterminants biologiques sont directement liés à l'état de santé qui constitue de façon évidente le déterminant principal de la consommation des soins. Les facteurs culturels (qui se rapportent aux normes et représentations en matière de santé) peuvent également être déterminants dans la gestion d'un état morbide et donc dans la sollicitation d'un type de recours par rapport à un autre.

L'effet de l'âge

Dans notre cas, l'âge a été regroupé en 5 classes correspondant aux différentes étapes du cycle de vie en tenant compte de l'espérance de vie au Cameroun. Ces groupes d'âge correspondent à la tranche infanto-juvénile (0-5 ans révolus), aux enfants de 5 à 14 ans, aux adolescents (15-24 ans), aux personnes adultes (24-45 ans) et aux personnes plus âgées (plus de 45 ans). Son influence s'explique principalement par le fait que la nature des affections morbides varie généralement avec l'âge d'une part, et d'autre part avec la socialisation qui se fait dans le temps. La distribution de cette variable montre que l'âge a un impact significatif pour les tranches d'âge inférieur à 5 ans et à partir de l'âge de 14 ans, le recours à la biomédecine institutionnelle augmente significativement avec l'âge du patient. La diminution de la probabilité de recours après 5 ans s'expliquerait par le fait que la morbidité est moins fréquente à ce stade (surtout si l'enfant a reçu dans les 5 premières années le paquet de Prise en Charge des Maladies Intégrées de l'Enfant - PCIME). La consommation s'accélère à partir de 25 ans pour se traduire par une augmentation significative des dépenses de santé dans les dernières années de vie. Néanmoins, l'avancée en âge peut constituer un facteur de moindre recours à l'automédication, certainement du

³⁸² GROSSMAN M. (1972), « On the Concept of Health Capital and the Demand for Health », op. cit.

fait que les personnes plus âgées disposent de plus de ressources à consacrer à leur santé dans la peur de voir leur capital santé se dégrader rapidement.

L'effet du sexe

La présomption de liaison entre le type de recours et le sexe du patient bien que pas très forte, reste significative. Les femmes ont plus tendance à recourir à l'automédication que leurs congénères hommes. Ce résultat a quelque chose de surprenant dans la mesure où on se serait attendu à un taux de recours aux soins modernes plus important des femmes notamment à cause de la maternité, et du fait qu'elles sont les principales accompagnatrices des enfants dans les structures sanitaires, ce qui les exposerait davantage aux soins modernes. Dans notre étude, il semble que la consommation médicale féminine soit faible par rapport à celle des hommes à cause des multiples contraintes comme l'analphabétisme, le poids des traditions qui pèse encore sur elles et le pouvoir d'achat relativement faible par rapport à celui des hommes qui dans la plupart des cas sont les détenteurs de la bourse familiale. L'explication qui semble la plus plausible pour ce résultat est que la femme est davantage vue dans plusieurs milieux comme un facteur de production (agriculture ou commerce d'appoint pour couvrir les besoins alimentaires du ménage) et de reproduction (donner la vie), ce qui les prédispose à l'utilisation de la médecine traditionnelle et de l'automédication pour laisser le privilège au mari et aux enfants de bénéficier des soins de « prestige ».

L'effet du niveau d'instruction et de la situation matrimoniale

Le niveau d'instruction semble significativement lié aux recours aux soins modernes et faiblement à l'automédication. On constate que la consommation des soins médicaux modernes est davantage pratiquée chez les individus ayant au moins un niveau primaire que chez les personnes sans niveau d'instruction. Ce sont les mêmes qui ont la propension la moins élevée à recourir à l'automédication. Les consultations modernes sont liées au fait que le malade possède le niveau secondaire, ce qui corrobore bien avec les études menées au Kenya [MWABU *et al.*, 1993]³⁸³ et au Nigeria [AKIN *et al.*, 1995]³⁸⁴ qui ont mis en

³⁸³ MWABU G., AINSWORTH M., NYAMETE A. (1993), « Quality of medical care and choice of medical treatment in Kenya : An empirical analysis », *The Journal of Human Resource*, 28(4), 838-862.

évidence le fait que les individus qui ont un niveau d'éducation plus élevé ont un esprit plus critique sur la qualité des prestations fournies par les différents canaux d'offre de soins. La présomption de relation entre le niveau d'instruction et le revenu du ménage fait penser que les patients sans niveau d'instruction sont aussi ceux les plus pauvres, s'orientant ainsi vers les recours thérapeutiques les plus accessibles financièrement (automédication, ne rien faire, prière, etc.).

Partant de l'idée que le ménage est une entité sociale dont les membres élaborent des stratégies de vie collective (mise en commun des ressources par exemple), notamment dans les ménages dont les conjoints justifient au moins d'un niveau d'éducation primaire, nous admettons que les ménages dont le chef a un conjoint peuvent bénéficier d'un apport matériel plus consistant que les ménages monoparentaux. Les rapports homme/femme qui existent dans le premier type de ménage (pas seulement matériel mais surtout la concertation et la délibération) peuvent favoriser le choix d'un recours thérapeutique. C'est en tout cas ce qui semble se dégager des tableaux précédents où les individus issus de ménages dont le chef est marié recourent relativement plus à la médecine moderne que les individus célibataires ou ayant un autre statut (veuf ou divorcé) dont le choix des recours est plus porté vers l'automédication. A nouveau, ces résultats évoquent la relation positive, constante au cours de cette étude, entre les caractéristiques du ménage (statut matrimonial du chef de ménage, niveaux d'éducation et de revenus, importance du ménage, milieu de résidence) et le risque de morbidité ainsi que la capacité des patients à y faire face.

b. Les déterminants socio-économiques

Le niveau de vie et la taille du ménage

Le niveau de vie du ménage est représenté par le pouvoir économique de ce dernier (bien-être socio-économique mesuré par les actifs dont disposent les ménages). Les résultats obtenus confirment ceux des travaux antérieurs et valident l'hypothèse de la robustesse de l'influence du niveau de vie du ménage dans le choix entre le recours aux soins modernes

³⁸⁴ AKIN J-S., GUILKEY D-K., DENTON E-H. (1995), « Quality of Services and Demand for Health Care in Nigeria: A Multinomial Probit Estimation », *Social Science and Medicine*, op. cit.

et l'automédication [AKOTO *et al.*, 2002³⁸⁵ ; FOGHA, 1990³⁸⁶ ; YOUNG, 1981³⁸⁷]. Ainsi, lorsque le niveau de vie augmente, le recours à l'automédication diminue au profit de la consultation moderne. Cependant, certains individus, malgré la hausse de leur revenu, restent portés sur le choix de l'automédication, probablement parce qu'ils estiment avoir une meilleure connaissance de la maladie et ses stratégies à élaborer pour y faire face. Une analyse multivariée dans un LOGIT emboîté en considérant l'automédication moderne et traditionnelle de façon séparée permettrait de mieux appréhender l'effet du niveau de vie du ménage sur l'itinéraire thérapeutique de cette catégorie de patients.

La taille moyenne des ménages se situe actuellement à 6 individus selon le dernier recensement général de la population et de l'habitat [RGPH, 2005]. Cette variable est très importante lorsque l'on désire analyser la capacité de recours aux soins des ménages. En effet, la charge économique supportée par le chef de ménage est fortement corrélée au nombre de ses membres. Dès lors, la répartition des dépenses en général, et des dépenses de santé en particulier sera, elle aussi, fortement liée à la taille du ménage. La lecture des résultats de nos modèles de régression logistique (Mi) nous amène à comprendre que plus la taille du ménage augmente, moins de chances ont ses membres à recourir aux soins modernes.

La religion et le lien de parenté avec le Chef de ménage :

Le choix de cette variable se justifie par le fait que nombre de guérisseurs adaptent leurs connaissances ancestrales à des éléments du savoir spirituel. La religion a donc une influence significative dans l'interprétation de la maladie ou de la mort. Notre modèle ne fait cependant pas ressortir une très grande significativité entre ces 2 variables et le choix de recours à aux soins modernes ou à l'automédication, et recentre notre analyse sur le niveau de vie, l'âge, le milieu de résidence et le sexe de l'individu.

³⁸⁵ AKOTO E. M., AKA K., LAMLENN B.S. (2002), *Se soigner aujourd'hui en Afrique de l'Ouest : pluralisme thérapeutique entre tradition et modernité (Benin, Cote d'Ivoire, mali)*, Yaoundé, Saint Paul, 264 .

³⁸⁶ FOGHA T. (1990), *Contribution à l'étude de la clientèle de la "thérapie spirituelle": le cas d'un thérapeute de la ville de Yaoundé, Yaoundé*, Thèse de Doctorat en médecine, Centre Universitaire des Sciences de la Santé.

³⁸⁷ YOUNG J.C. (1981), « Non-use of Physicians: Methodological Approaches, Policy Implications, and the Utility of Decision Models », *Social Science and Medicine*, 15(4), 499-507.

c. Les déterminants spatio-environnementaux

L'effet des variables spatio-environnementales renvoie à des différenciations de recours aux soins de santé selon la zone géographique (région) et/ou le milieu de résidence (rural/urbain) et explique la différence de niveaux d'exposition aux risques pour la santé suivant l'influence de l'environnement [WHITEHEAD et DAHLGREN, 2006]³⁸⁸. Si la territorialité n'apparaît pas comme un facteur influençant la probabilité de recours (les différences entre les régions d'une même aire géographique sont peu significatives - Grand Nord, Centre-Sud-Est et Grand-Ouest), le milieu de résidence du fait de l'accessibilité géographique plus grande en milieu urbain qu'en milieu rural et de l'attachement prononcé des ruraux à leur environnement naturel, influence grandement l'itinéraire thérapeutique des patients. Au-delà de cette accessibilité géographique (due au fait que les centres de santé et les hôpitaux sont plus concentrés dans les centres urbains), c'est en milieu rural que le revenu par habitant devient beaucoup plus faible et où les ménages ont tendance à abandonner les recours modernes au profit de l'automédication et de la médecine traditionnelle.

³⁸⁸ WHITEHEAD M., DAHLGREN G. (2006), *Concepts and principles for tackling social inequities in health: leveling up Part*. WHO Collaborating Centre for Policy Research on Social Determinants, University of Liverpool, 45p.

CONCLUSION DU CHAPITRE 3

Dans ce chapitre, nous avons pu évaluer les effets induits par les politiques de santé à travers les théories de la justice sociale qui offrent des pistes de réflexion intéressantes permettant d'intégrer des considérations d'ordre éthiques et sociales, en se fondant sur un corpus théorique déjà éprouvé. Il démontre que ces politiques, loin de réduire la contrainte financière, se sont focalisées sur la réforme hospitalière et la densification de l'offre de services, renforçant dans la mêlée, les disparités de recours et d'accès aux soins, surtout pour les couches pauvres de la population. Ce travail gagne toute son importance dans la mesure où il a permis de tester et de valider empiriquement les hypothèses émises au chapitre précédent à travers la mesure des effets induits. Nos analyses renforcent l'idée selon laquelle ces politiques publiques ont une visée purement économique qui les éloigne du référentiel de justice, pourtant nécessaire pour resituer les représentations sociales de la santé (les représentations historiquement ancrées dans le système de santé sont essentiellement biomédicales) et les formes d'organisation les plus adaptées afin de concilier l'offre et la demande de santé.

Les inégalités d'accès aux soins se matérialisent par une défection des structures formelles de soins au profit des structures informelles et sont plus prononcées parmi les individus des catégories pauvres (premier et deuxième quintiles de bien-être socio-économique). L'examen de la consommation des soins par quintile montre de profondes inégalités socio-économiques, le recours à la consultation moderne formelle ayant sensiblement diminué, non du fait d'une perception négative de son efficacité, mais d'un coût jugé trop élevé. Les patients se dirigent spontanément vers l'automédication moderne ou la consultation moderne dans les centres informels. Les individus sont très sensibles aux coûts de la santé, ce qui invalide les prédictions des modèles d'AKIN *et al.* [1981]³⁸⁹ et

³⁸⁹ AKIN J.S., GUILKEY D.K., POPKIN B.M. (1981), « The demand for child health services in the Philippines », *Social Science and Medicine*, 13, 249-257.

HELLER [1986]³⁹⁰ suite aux études menées respectivement aux Philippines et en Malaisie et qui prescrivent que les prix ont peu ou pas d'impact sur la demande de santé. Dans notre cas, c'est la valeur économique plutôt que les représentations de la santé ou de la maladie qui justifierait les préférences, le consommateur rationnel maximisant sa satisfaction sous la contrainte de son revenu, toute chose étant égale par ailleurs. Le choix des consommateurs entre l'offre de la médecine institutionnelle et celle de la médecine alternative serait donc raisonnablement opéré à la marge pour le choix du bien qui lui procure une utilité élevée d'un point de vue économique.

La forte corrélation entre la sollicitation du type de recours, le pouvoir économique et l'âge du patient met en évidence l'effort des plus nantis à payer plus pour des services de meilleure qualité dans un système où l'aspect qualité dégrade considérablement l'offre des services. Etant donné que notre analyse ne prend en compte ni l'itinéraire thérapeutique complète du malade (en termes de 1^{er}, 2^{ème} et 3^{ème} recours), ni l'organisation de l'offre (notamment la qualité des services offerts), il est difficile de rattacher le choix des recours aux seuls déterminants immédiats de la santé. En effet, le système de santé est une organisation porteuse de valeurs, de normes, de règles et de représentations relayées par les professionnels de santé qui sont susceptibles d'avoir des effets sur la qualité des services offerts, le recours aux soins des individus et ses modalités. Le foisonnement d'études empiriques peine à démontrer l'existence d'un consensus sur un modèle théorique qui valide l'hypothèse de l'influence significative des variables rattachées au système de santé (paquet de services délivrés) et le recours aux soins du patient. La consommation des soins s'inscrit dans une relation complexe et probabiliste dominée par la construction et les préférences du patient dans un contexte institutionnel et organisationnel qui peine à changer.

Tout scénario visant à améliorer le financement des services de santé par les différents protagonistes (ménages, Etat et les partenaires techniques et financiers) ne pourra connaître une issue favorable que si les critères d'évaluation complets (efficacité économique, équité sociale et efficacité administrative) sont pris en compte. L'efficacité économique ou la minimisation des coûts de soins (étant donné la quantité et la qualité des

³⁹⁰ HELLER P. (1982), « A model of the demand for medical and health services in peninsular Malaysia », *Social Science and Medicine*, 16, 267-284.

services) augmentera la capacité à payer (*ability to pay*) au niveau des ménages et stimulera par effet de récurrence l'accès aux soins. De même, l'efficacité administrative est un critère important et demande que le système soit compatible avec les capacités administratives existantes (l'intégration d'une forte composante de la médecine traditionnelle est à cet égard nécessaire). Le troisième critère est celui de l'équité sociale qui demande que tous les patients ayant le même besoin aient le même accès aux soins. A ce sujet, une réflexion profonde sur la tarification (forfaitaire, éclatée) et une meilleure gestion du risque maladie (prépaiement, institution d'un ticket modérateur, application des textes sur l'indigence, etc.) compatible avec l'objectif d'équité mérite une attention particulière de la part des décideurs publics.

Enfin, notons que l'intégration des critères d'équité dans les politiques publiques sectorielles renvoie le plus souvent à une opposition des objectifs d'efficacité économique et ceux d'équité sociale. Or, les récents développements de la justice sociale offrent un ancrage théorique d'analyse alternatif jusqu'alors porté sur les critères utilitaristes, ce qui permet de mieux approcher les questions relatives à la redistribution. Au-delà des statistiques globales, c'est davantage dans l'évaluation des effets et des déterminants individuels qui expliquent les différentiels d'accès qu'il faut comprendre comment les transformations des systèmes de santé participent à l'émergence de nouvelles inégalités. Cette approche renouvelle le questionnement sur l'accessibilité aux soins de santé dans un contexte où l'absence de la culture d'évaluation est décriée, tout exercice évaluatif étant appréhendé sous l'angle du contrôle administratif.

CHAPITRE 4

ÉVALUATION DE L'ÉQUITÉ DES DÉPENSES PUBLIQUES DE SANTÉ ET DES BÉNÉFICES RÉVÉLÉS DE L'UTILISATION DES SERVICES

INTRODUCTION DU CHAPITRE 4

Après avoir évalué les effets induits par les politiques publiques de santé sur la société dans son ensemble, nous devons nous poser deux questions qui s'avèrent fondamentales pour comprendre les causes structurelles des multiples désajustements constatés en termes d'allocation des ressources, de dépenses et de bénéfices révélés de l'utilisation des services : « *les dépenses publiques de santé sont-elles équitablement exécutées ?* » mais également « *les services délivrés arrivent-ils à satisfaire les attentes des principaux clients du système que sont les patients ?* ». L'appréciation de l'efficacité et de l'efficience des dépenses publiques renvoie généralement à l'analyse de leur impact redistributif sur les différentes couches qui constituent la société. La théorie économique néo-classique cherche à comprendre dans quelle mesure un accroissement des allocations faites ou des dotations existantes profite aux groupes pauvres, ainsi que la façon dont elles influencent

la capacité d'accès et d'utilisation des services publics par de telles couches [FILMER, 2003]³⁹¹. Abordée dans ce sens, elle renforce l'idée qu'une efficacité allocative et une équité d'accès sont à tous égards indissociables. L'évaluation du degré de ciblage des dépenses publiques de santé permet donc, non seulement d'estimer le bénéfice réellement acquis du recours aux services publics de santé (liens entre l'accessibilité aux services publics), mais aussi, de donner un contenu d'équité aux bénéfices réels révélés de leur utilisation.

La problématique de l'allocation des ressources publiques de santé au Cameroun est abordée dans ce chapitre en démontrant que les politiques publiques de santé peuvent constituer un élément moteur de la croissance à partir du moment où les choix d'investissement bénéficient d'un ciblage adéquat. L'idée d'une redistribution équitable des ressources publiques de santé entre les différents niveaux de la pyramide sanitaire (1^{er}, 2^{ème} et 3^{ème} niveaux qui correspondent respectivement aux centres de santé périphériques, aux hôpitaux de district et assimilés, et aux hôpitaux régionaux et assimilés), d'une part, et les catégories socioéconomiques organisées en quintile de bien-être socioéconomique, d'autre part, permet de concilier la problématique de réduction des inégalités de santé et celle de l'efficience du système. Notre travail consiste donc à déterminer comment l'allocation des ressources consacrées au système de santé permet d'atteindre les objectifs de réduction des inégalités (ou de l'accroissement de l'accessibilité pour toutes les catégories), et d'engager, au final, l'économie sur une croissance vigoureuse et durable. Les questionnements qui découlent de la question principale peuvent être formulés comme suit : les dépenses publiques de santé sont-elles progressives en ciblant les couches pauvres de la population ? Quel est le bénéfice réellement acquis du recours aux services publics de santé ? Quel est le niveau d'équité des bénéfices réels ? Évaluer la distribution actuelle (équité) de ces dépenses tout en examinant l'incidence moyenne et marginale des bénéfices révélés de leur utilisation permet d'apporter un élément de réponse à ces questions.

Pour mieux aborder la question de l'efficacité des dépenses publiques consacrées à la santé, il est important de disposer d'outils ou d'indicateurs pour mesurer les performances

³⁹¹ FILMER D. (2003), « The Incidence of Public Expenditures on Health and Education », background Note for World Development Report 2004: *Making Services Work for Poor People*, Draft, Washington D.C., World Bank.

réalisées dans l'allocation des ressources. Les économistes ont mis en œuvre un ensemble d'outils et de mesures des performances du système de santé. Cependant, la plupart des études sur le lien entre dépenses publiques et les indicateurs de performance de santé concluent à une incidence faible des dépenses sur le niveau des performances sanitaires. Le présent chapitre qui clôture notre travail de thèse devra permettre de savoir si le système de santé bénéficie d'une allocation optimale des dépenses publiques (en termes de ciblage et de seuil) en complétant le travail statistique et économétrique abordé au chapitre précédent.

4.1. INCIDENCE DES DÉPENSES PUBLIQUES DE SANTÉ

La masse budgétaire (valeur absolue) affectée au système de santé n'a d'intérêt que si elle s'évalue en rapport avec des agrégats macro-économiques comme le PIB qui mesure la valeur de tous les biens et services produits pendant une année donnée. Dans le cadre des dépenses publiques consacrées à la santé, les agrégats qui permettent d'estimer l'effort d'ensemble en faveur du secteur sont le budget total de l'Etat, qui permet de déduire la part des dépenses publiques de santé (pourcentage du budget de l'Etat alloué au secteur de la santé – valeur relative) et le PIB. En revanche, il est nécessaire de disposer d'une information complète et fiable aussi bien sur le circuit de la dépense que sur les dotations prévues dans la loi de finances et celles effectivement reçues par les différents maillons de la chaîne, d'où la nécessité d'analyser la traçabilité des ressources budgétaires destinées aux niveaux inférieurs

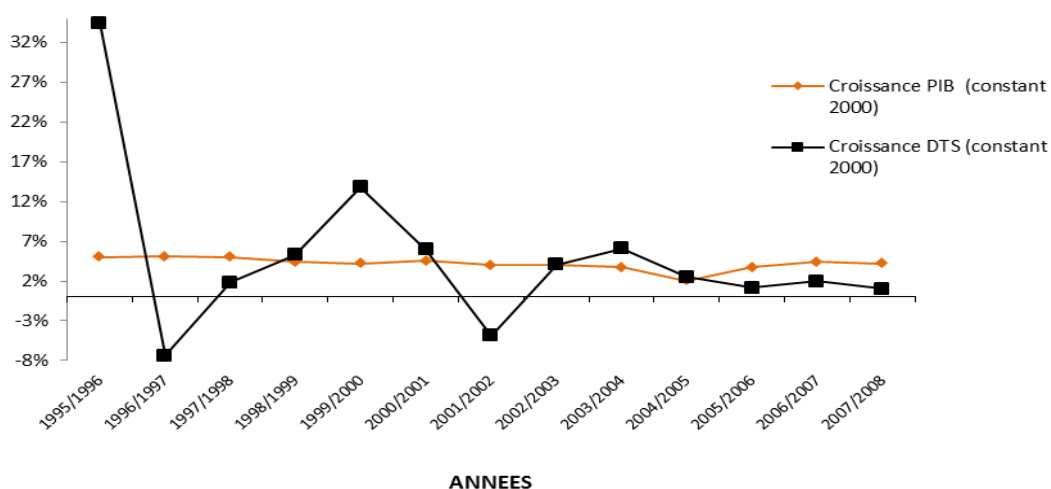
4.1.1. *Structure et évolution des dépenses de santé*

Comme nous l'avons déjà expliqué plus haut, des disproportions énormes existent entre les différentes sources de financement dans le secteur. Le budget global alloué au secteur de la santé s'est considérablement accru en valeur absolue, mais la part du budget du secteur dans le budget total n'excède pas les 5%. La croissance des dépenses totales de santé (DTS) a connu, entre les exercices budgétaires de 1995/1996 et 1996/1997, un choc brutal avec l'avènement de la crise économique, suivie d'une évolution irrégulière pour s'annuler à partir de 2008, alors que la croissance du PIB n'a connu que de faibles variations.

Sur une longue période, cette situation a amené les dépenses de santé à stagner (D'après l'OMS, les gouvernements doivent allouer 15% de leur budget aux dépenses liées à la santé afin d'atteindre les objectifs d'un accès à tous aux soins de la santé). On note une très grande variation des dépenses totales de santé comparée à l'évolution du PIB dont la tendance a été progressivement vers la baisse jusqu'en 2003. La part des dépenses totales de santé, a plutôt connu une évolution irrégulière sur les 20 dernières années. Elles se sont

accrues à partir de 1996 avec la mise en œuvre de la Facilité d'Ajustement Structurel Renforcée et en 2001 avec les premières remises du service de la dette au titre de l'iPPTE vers l'atteinte du point de décision, pour s'annuler dès 2005, alors que la croissance du PIB était à sa phase de décollage. Le graphique 32 ci-après montre l'évolution de la part des dépenses totales de santé comparativement à la croissance du PIB, de 1995 à 2008.

Graphique 32. Evolution de la croissance annuelle du PIB entre 1995 et 2008 et des dépenses publiques de santé



Source : Lois de finances, Ministère de l'Economie et des Finances

Le paiement direct conduit à l'exclusion des pauvres et des vulnérables du fait de l'élasticité de la demande au prix [GREINER, 2001]³⁹² ce qui amène l'OMS à considérer que l'accessibilité aux soins est fonction de la couverture des dépenses de santé en prépaiement [OMS, 2008]³⁹³. Il représente, de ce fait, un obstacle majeur à l'accès aux soins et présente des effets négatifs, particulièrement sur l'équité parce qu'il s'agit du mode le plus régressif du financement de santé [WHITEHEAD et DAHLGREN, 2006]³⁹⁴ car il agit comme un mécanisme de rationnement de la dépense publique. Le degré de paiement

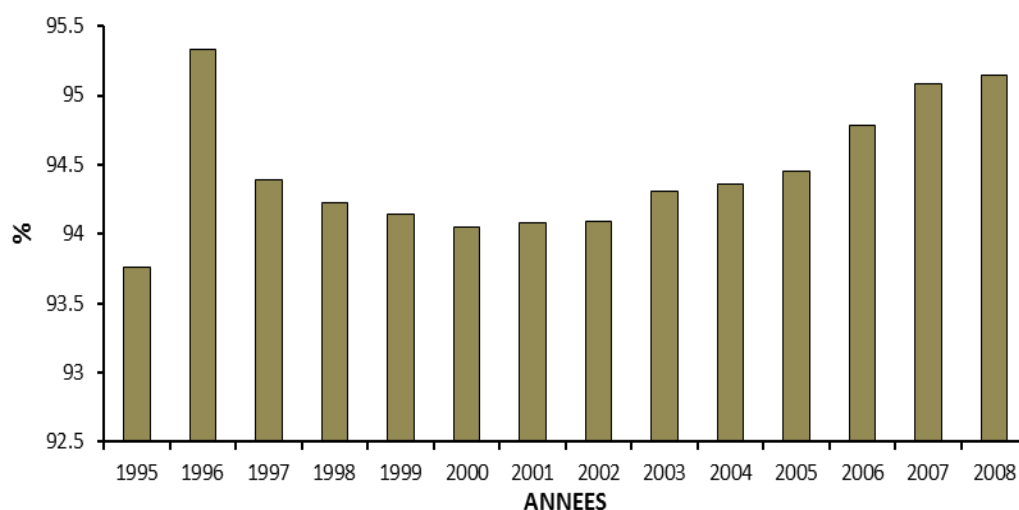
³⁹² GREINER W. GRAF J-M., SCHULENBURG S., FLEBA S. (2001), « Innovations in health care financing in developing countries », *Journal of Public Health*. 9 (3), 261-272.

³⁹³ ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE (2008), *Primary health care : now more than ever*, Rapport sur la santé dans le monde 2008.

³⁹⁴ WHITEHEAD M., DAHLGREN G. (2006), « Concepts and principles for tackling social inequities in health: leveling up », *WHO Collaborating Centre for Policy Research on Social Determinants*, op. cit.

direct de soins de santé au Cameroun est le plus important au monde [OMS, 2008]³⁹⁵, de l'ordre de 95%, ce qui signifie que 95% des dépenses de soins totales sont déboursées directement des ménages contre seuls 5% pris en charge dans un cadre collectif (APD ou dépenses publiques). La plupart des systèmes prévoient, à un degré ou à un autre, la participation aux frais ou la rémunération à l'acte par les particuliers qui restent raisonnables (autour de 30%), ce qui permet parallèlement d'éviter la surconsommation (médicaments, examens, hospitalisations). Il est primordial que les paiements directs lors de la prestation des services ne représentent pas une dépense telle qu'ils réduisent l'accès aux soins ou exposent les malades à d'importants risques financiers. Au-delà des questions d'accessibilité financière que cela soulève, c'est toute la difficulté d'ériger l'équité au rang des priorités de façon à aligner les politiques publiques de santé sur les principes de la « nouvelle gestion publique » qui fait actuellement débat, et qui appelle à une abolition sélective du paiement direct pour les couches vulnérables comme les femmes enceintes, les enfants de moins de 5 ans et les personnes indigentes.

Graphique 33. Evolution en pourcentage du paiement direct des soins par les ménages au Cameroun entre 1995 et 2008



Source : OMS, 2008³⁹⁶

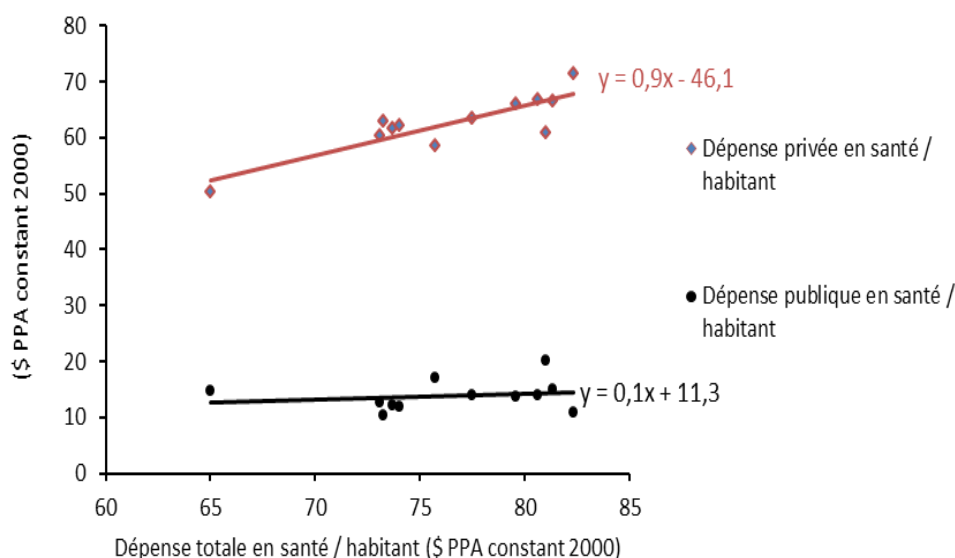
³⁹⁵ ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE (2008), *Primary health care : now more than ever*, op. cit.

³⁹⁶ Ibid.

4.1.2. Structure et évolution des dépenses de santé (dépenses publiques vs dépenses privées)

Le système de santé est financé par trois sources principales, que nous pouvons présenter hiérarchiquement en fonction de leur niveau de contribution : les ménages (clients), l'État (principal offreur de services de santé), et les partenaires au développement (organismes de coopération bilatérale et multilatérale, ONG). La part de la contribution des collectivités locales décentralisées et du secteur privé (assurance-maladie) peut être considérée comme étant marginale.

Graphique 34. Distribution des dépenses publiques et privées de santé par habitant (2008)



Source : OMS, 2008³⁹⁷

Les ménages

Les ménages contribuent largement au financement de la santé à travers le système de recouvrement des coûts (tarification des services pour soins médicaux, analyse des examens, radiologie, hospitalisations, médicaments, etc.). Leur contribution était estimée à plus de 72,4% en 2001 (tableau 14), mais pour la plupart dans le secteur privé et informel. Rapporté à l'effectif total de la population, la dépense annuelle de santé par tête au niveau

³⁹⁷ ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE (2008), *Primary health care : now more than ever*, op. cit.

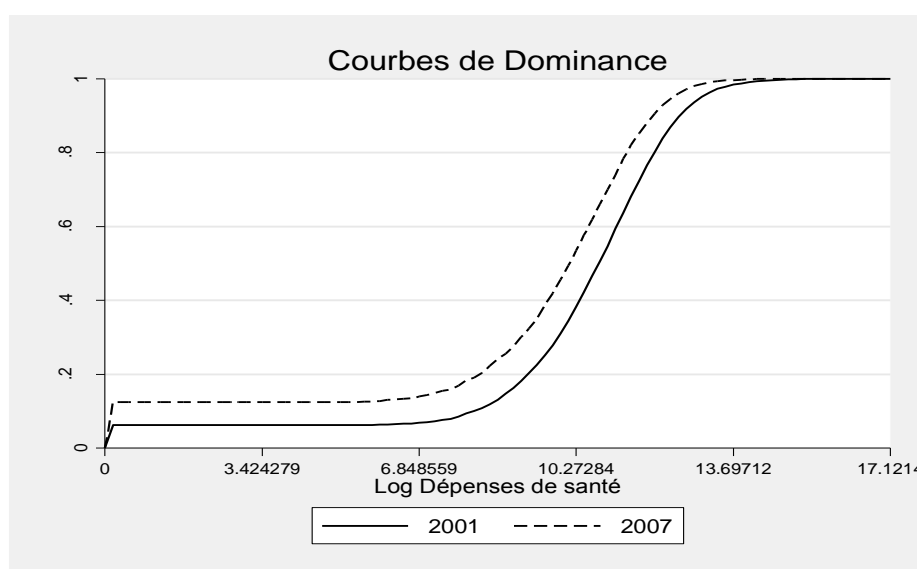
national se situait à 22.036 Fcfa avec les ménages urbains dépensant plus que les ménages ruraux, soit respectivement 39.116 Fcfa par an et par personne contre 12.922 Fcfa. Par ailleurs, les ménages urbains ont un accès physique plus facile aux centres de santé [ECAM, 2001] dû à la concentration des structures sanitaires dans les villes. Par rapport aux catégories socio-économiques, ces dépenses sont de 32.178 Fcfa pour les ménages aisés (5^{ème} quintile) et de 6.937 Fcfa pour les ménages pauvres (1^{er} quintile). Suivant le graphique 34 ci-dessus, la dépense privée de santé par habitant est d'environ 9 fois la dépense publique pour le même habitant en 2008.

Il est donc clair qu'en l'absence de ressources financières suffisantes pour se faire soigner, les personnes relevant des ménages pauvres se contentent, dans la majorité des cas, de recourir à l'automédication, contrairement aux personnes issues des ménages les plus aisés, qui bénéficient de toutes les prestations offertes en commençant par les consultations et analyses (biologiques et radiologiques), l'hospitalisation le cas échéant, et l'achat des médicaments. Par ailleurs, la ventilation des paiements directs de la santé par type de prestataire permet de conclure que la majorité (86%) des paiements directs se fait dans les structures sanitaires formelles (clinique, cabinet, pharmacie et fournisseurs de biens médicaux), 7,5% dans le secteur informel, 3% dans les laboratoires (analyses et examens radiologiques) et 3,3% dans les rubriques « agents de la médecine traditionnelle » et « autre ».

On évalue cette contribution à travers la dépense annuelle privée de santé (DPvS) par tête qui mesure la dépense annuelle totale de santé des ménages rapportée au nombre d'habitants. Au niveau national, cette DPvS par tête est estimée à 12.774 Fcfa en 2007, soit une baisse d'environ 9.261 Fcfa par rapport à 2001. L'analyse comparative de la robustesse des dépenses de santé des ménages entre 2001 et 2007 nous renseigne à travers le test de dominance stochastique que les dépenses de santé en 2007 se situent en tous points au-dessus de celles de 2001 (graphique 35). Cela signifie que quel que soit le seuil des dépenses de santé considéré, la proportion des ménages dont les dépenses de santé sont en deçà de ce seuil est plus importante en 2007. Autrement dit, les ménages ont de manière générale moins dépensé pour leur santé en 2007 qu'en 2001. Plusieurs raisons peuvent expliquer ce constat. Dans un cas, cela signifierait qu'une telle situation serait la conséquence directe du flux de financements extérieurs (à travers les différents

mécanismes mis en place dès l'éligibilité du Cameroun à l'iPPTE) et de la réallocation des ressources issues de cette remise de la dette aux secteurs prioritaires dont la santé ; vue sous un autre angle, on pourrait penser que la pauvreté ayant stagné sur la période, les patients se sont davantage orientés vers les recours alternatifs, de manière à remplir d'autres postes de dépenses quotidiennes.

Graphique 35. Courbes de dominance des dépenses de santé en 2001 et 2007



L'État

Les ressources budgétaires de l'Etat n'ont cessé de s'accroître depuis 2001 (tableau 16) grâce au retour de la croissance, aux marges de manœuvre offertes par l'initiative PPTE et à la solidarité internationale avec des mécanismes parallèles de remise du service de la dette. Le financement de l'Etat se répartit entre le personnel, le fonctionnement et les opérations. En revanche, la part accordée au niveau opérationnel est amputée par la faible capacité d'exécution des crédits d'investissement inscrits au budget de l'Etat et des dysfonctionnements multiples liés à la mauvaise gouvernance du secteur. Tout ceci entraîne des risques de déperdition (*leakages*) dans les montants alloués, et des retards certains dans l'arrivée des ressources à destination.

Les partenaires extérieurs

Les partenaires au développement contribuent pour une part non négligeable au financement du secteur de la santé. Le découragement vient du fait que le système de programmation et de budgétisation des investissements publics est encore loin de satisfaire aux exigences et normes internationales. Depuis 1998, on constate que la part du financement issu de l'extérieur baisse de manière considérable. En l'absence d'une approche sectorielle, ces financements ont pris la forme d'assistance technique ou directe, ou encore d'appui institutionnel, principalement au niveau central pendant de nombreuses années. En 2004, le secteur a bénéficié d'un financement de l'ordre de US \$11 millions [FMI, 2005³⁹⁸.voir tableau 16] alors qu'en 1997 ce montant était supérieur à US \$24 millions. A cette date, les SSP constituaient de manière globale la principale destination de ce financement. Les autres domaines d'affectation étant : les politiques et planifications sectorielles, les hôpitaux et dispensaires, la planification familiale et vaccinations et autres campagnes de lutte contre les maladies. Cependant, l'allocation spatiale de cette assistance est restée inefficace à cause du manque de coordination des agences par le MSP.

³⁹⁸ *International Monetary Fund (IMF), 2003-2004 Cameroon Country Report /249, p.197.*

Tableau 16. Dépenses en santé suivant les différentes sources entre 1998 et 2004 (en MFcfa)

RATIOS	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Dépenses totales de santé (DTS)	240 136	280 227	301 502	319 194	345 968	336 096	344 481
Dépenses totales des administrations publiques (DAPS)	40 940	68 342	84 447	88 048	95 316	97 094	105 477
Dépenses privées de santé (DPvS)	199 196	211 884	217 056	231 146	250 653	239 002	239 004
Dépenses de santé financées par les ressources externes	14 134	14 642	18 184	21 940	7 973	10 626	11 000
<i>I. Ratios de dépenses</i>							
Dépenses totales de santé (DTS)% PIB	4,4	4,9	4,4	4,5	4,6	4,2	4,1
DAPS% DTS	17	24,4	28	27,6	27,6	28,9	30,6
DPvS% DTS	83	75,6	72	72,4	72,4	71,1	69,4
DAPS% Dépenses publiques générales	4,6	7,2	9,6	8	8,4	8	8,1
Dépenses des administrations de sécurité sociale% DAPS	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
Versements directs des ménages% DPvS	94,1	94,2	93,3	93,4	93,6	98,3	98,3
Dépenses financées par les ressources externes% DTS	5,9	5,2	6	6,9	2,3	3,2	3,2

II. Niveaux de dépenses

DTS par habitant	17108,6	19086,7	20647,4	21258,2	22303,9	21504,4	21659,9
DAPS par habitant	2949,75	4925,6	5695,8	5864,3	6272,9	6393,2	6339,5
DPvS par habitant	31857,3	38173,4	41294,8	45448,48	46001,34	37196,8	35395,4
Dépenses totales des administrations publiques (MFcfa)	885000	948600	878300	1107100	1129900	1219000	1307000

Source : FMI, 2005³⁹⁹.

³⁹⁹ *International Monetary Fund (IMF), 2003-2004 Cameroon Country Report /249, p.197.*

4.2. DISTRIBUTION ET PROGRESSIVITÉ DES DÉPENSES PUBLIQUES DE SANTÉ

La littérature économique sur les mesures de la progressivité s'est développée en référence à la politique fiscale, à partir du principe minimal d'équité horizontale qui vise le prélèvement obligatoire à la source et la suppression des niches fiscales suivant l'équation : « à *revenu égal*, *impôt égal* » [MUSGRAVE et TIN, 1948]⁴⁰⁰. Aussitôt, les économistes ont largement théorisé sur le sujet dans l'objectif de proposer des systèmes fiscaux qui soient à la fois justes et efficaces (une agrégation efficacité – équité). Ces efforts ont permis de mettre en place des taux effectifs d'imposition plus élevés pour les hauts revenus que pour les bas et moyens revenus, et ont conduit à une refondation de la notion d'équité horizontale [LANDAIS *et al.*, 2011]⁴⁰¹. La proposition d'un barème progressif visant à réduire la pression fiscale et augmenter le pouvoir d'achat pour le plus grand nombre constituera un élément phare vers la modernisation, voire la complexification de cette notion et son adoption dans le secteur social [KAKWANI,⁴⁰² 1977 ; DUCLOS et ARAAR⁴⁰³, 2006].

Le principe de la progressivité et de la redistribution des ressources qui renseigne sur les inéquités devient l'élément capital dans l'analyse de l'efficacité allocative des dépenses publiques. Le souhait d'une égalité horizontale peut être dérivé de l'aversion de l'inégalité, sans pour autant faire appel à un quelconque critère normatif [JENKINS, 1988]⁴⁰⁴. Certains auteurs soutiennent que l'équité horizontale est éthiquement plus robuste que l'équité

⁴⁰⁰ MUSGRAVE R. A., TIN T. [1948]. « Income Tax Progression, 1929-48 ». *Journal of Political Economy*, 56, 498-514.

⁴⁰¹ LANDAIS C., PIKETTY T., SAEZ E. [2011]. « *Pour une révolution fiscale : Un impôt sur le revenu pour le XXI^e siècle* ». Editions Le Seuil, Paris, 144 p.

⁴⁰² KAKWANI N.C. [1977]. « Measurement of Tax Progressivity: An International Comparison », *Economic Journal*, 87, 71-80.

⁴⁰³ DUCLOS J.-Y., ARAAR A. [2006]. « Poverty and Equity: Measurement, Policy and Estimation with DAD », Springer/CRDI, 416 p.

⁴⁰⁴ JENKINS S.P. [1988]. « *Reranking and the Analysis of Income Redistribution* », *Scottish Journal of Political Economy*, 35, 65-76.

verticale (réduction du gap de bien-être entre des individus au niveau de bien-être différent). Le besoin d'équité verticale varie considérablement selon le niveau d'inégalité accepté dans une société, alors que le besoin d'équité horizontale demeure constant. La théorie de la privation relative suggère, par exemple, que les individus comparent spécifiquement leur situation individuelle avec ceux qui ont la même situation ou une situation similaire [MUSGRAVE, 1990]⁴⁰⁵.

4.2.1. Mesure de la progressivité des transferts et de l'accès aux soins

De nombreuses mesures ont été établies de manière à permettre une indication du niveau global de progressivité à partir d'un chiffre unique, ce qui a suscité une controverse considérable au cours des dix dernières années. Les différents indicateurs de progressivité n'aboutissent pas toujours à des classements cohérents. C'est la raison pour laquelle il faut, comme l'ont fait un certain nombre d'études empiriques, en utiliser plusieurs.

Deux mesures bien connues pour capter la progressivité sont l'indice de concentration (ou coefficient de Gini) et les mesures de revenu (équivalent également distribué) définies par ATKINSON [1970]⁴⁰⁶. La progressivité est donc étroitement liée au concept d'inégalité. L'indicateur d'inégalité le plus couramment utilisé est l'indice de concentration ou l'indicateur de GINI, qui est lui-même fondé sur le concept bien connu de courbe de LORENZ ou courbe de concentration. Celle-ci représente la relation entre la proportion cumulée des revenus et la proportion cumulée des unités qui perçoivent un revenu ou un service. Le coefficient de Gini peut, quant à lui, être considéré comme étant égal à l'unité moins le rapport de la surface qui se trouve en-dessous de la courbe de LORENZ à celle qui se trouve en-dessous de la ligne d'égale répartition. Le point de départ de la comparaison de la progressivité est la courbe de LORENZ. Ensuite, l'approche combine l'examen de la courbe LORENZ avec celle de concentration pour aller vers l'analyse de la progressivité. La méthode utilisée pour analyser la progressivité dans notre étude résulte par conséquent

⁴⁰⁵ MUSGRAVE R.A [1990]. « Horizontal equity, once more », *National Tax Journal*, 43, 113-122.

⁴⁰⁶ ATKINSON A. [1970]. « On the Measurement of Inequality ». *Journal of Economic Theory*, 2, 244-263.

d'une combinaison entre la courbe de LORENZ et la courbe de concentration proposée par DUCLOS [1976]⁴⁰⁷ qui dérive de la méthode de KAKWANI [1977]⁴⁰⁸.

L'analyse graphique des données de redistribution de bien-être liée aux dépenses publiques constitue sans aucun doute une méthode pratique pour vérifier le caractère progressif ou régressif de différents services publics. L'indicateur de progressivité basé sur les bénéfices induits peut être présenté de plusieurs manières et permet de déterminer si les dépenses publiques sous-jacentes sont progressives (réduction d'inégalité), régressives (augmentation d'inégalité) ou proportionnelles (situation idéale d'équi-distribution) ; d'où l'importance de spécifier l'indicateur utilisé aux fins de comparaison. Les courbes de concentration construites pour le bénéfice estimé établissent la distribution progressive ou régressive suivant la position de la courbe de concentration par rapport à la diagonale ou courbe à 45 degrés.

4.2.1.1. Méthode de détermination des bénéfices réellement acquis

Les bases de données utilisées sont celles des 2^{ème} et 3^{ème} enquêtes camerounaises auprès des ménages. Les bénéfices unitaires sont intégrés aux données par le biais de la principale variable commune aux deux enquêtes. Il s'agit de la variable « *région* », qui identifie les strates du plan d'échantillonnage. La détermination des dépenses et des bénéfices réellement acquis s'est faite suivant une démarche en 3 étapes : la détermination des budgets votés et exécutés (dotations revenant effectivement aux bénéficiaires) obtenus à partir de la base des données de l'enquête sur le suivi des dépenses publiques et la satisfaction des bénéficiaires (PETS), la détermination des dépenses des usagers des services de santé et le calcul du bénéfice acquis.

⁴⁰⁷ DUCLOS, J-Y. [1993]. « *Progressivity, Redistribution and Equity, with Application to the British Tax and Benefit System* ». Public Finance /Finances Publiques, 48(3) 350-365.

⁴⁰⁸ KAKWANI N.C. [1977]. « *Mesurement of tax progressivity, an international comparison* ». Economic Journal 87, 71-80.

a. La détermination des budgets votés et exécutés

Nous utilisons dans cette section la méthodologie préconisée par KAMGNIA *et al.* [2007]⁴⁰⁹ à partir d'un échantillon représentatif pouvant servir à la détermination des budgets moyens des formations sanitaires en tenant compte de la typologie de ces services publics et des disparités régionales. Les budgets moyens sont obtenus par la formule ci-après :

$$\bar{B}_{ij} = \frac{1}{n_{ij}} \sum_{k=1}^{n_{ij}} B_{ijk}$$

Où :

- i, j et k désignent respectivement les catégories de formation sanitaire, les régions et les formations sanitaires;
- n_{ij} le nombre de formations sanitaires de la catégorie i dans la région j ;
- B_{ijk} le budget de la formation sanitaire k de la catégorie i dans la région j .

Les estimations du budget total par catégorie de formation sanitaire et par région sont déduites par extrapolation des budgets moyens obtenus de l'échantillon. La formule de détermination du budget total par catégorie de formation sanitaire et par région est la suivante : $B_{ijk} = \alpha_{ij} * \bar{B}_{ij}$. Les coefficients d'extrapolation α_{ij} sont issus de la carte sanitaire du pays.

b. Détermination des dépenses des usagers des services de santé

A partir des données de l'enquête PETS, on peut estimer ce qu'un usager dépense en moyenne pour se faire administrer des soins. Cette dépense moyenne \bar{D}_{ij} est approximée

⁴⁰⁹ KAMGNIA D. B., LEUNKEU W. S., TATSINKOU C., AFOR J. [2007]. *Revealed Benefits and Poverty Targeting in Public Expenditures in Cameroon*. Paper presented at the 6th PEP Research Network General Meeting, Lima, Peru June 14-16, 2007.

par la médiane des dépenses des usagers de chaque catégorie de la formation sanitaire considérée. Les dépenses globales (D_{ij}) sont obtenues en multipliant les dépenses moyennes par le nombre d'usagers ayant effectué de telles dépenses ($n_{ij} * p_{ij}$).

$$D_{ij} = \bar{D}_{ij} * (n_{ij} * p_{ij})$$

Où n_{ij} et p_{ij} désignent respectivement la taille de la population utilisatrice des formations sanitaires de la catégorie i dans la région j et la proportion des utilisateurs ayant effectué des dépenses. Il convient de noter qu'en raison des faibles effectifs, les dépenses moyennes n'ont pas été déterminées par région ; mais seulement par catégorie de formation sanitaire. Les résultats obtenus ont été uniformément appliqués à toutes les régions.

c. Estimation des bénéfices acquis du recours aux structures de soins publics

Le bénéfice acquis est estimé par catégorie de formation sanitaire et par région, en se servant de la formule suivante : $X_{ij} = B_{ij} * t_{ij} - D_{ij}$

Où $X_{ij}, B_{ij}, t_{ij}, D_{ij}$ représentent respectivement pour la catégorie i dans la région j : (i) le bénéfice global acquis à l'usage des structures de soins ; (ii) le budget total de fonctionnement des formations sanitaires ; (iii) le taux global d'exécution des budgets des formations sanitaires ; (iv) les dépenses supplémentaires globales des usagers des formations sanitaires.

Les bénéfices unitaires (x_{ij}) sont obtenus en rapportant le bénéfice global à la taille de la population utilisatrice des formations sanitaires considérées.

$$x_{ij} = \frac{1}{n_{ij}} X_{ij}$$

Où n_{ij} désigne la taille de la population utilisatrice des formations sanitaires de la catégorie i dans la région j . A partir des données d'enquête, n_{ij} , la population utilisatrice

de la formation sanitaire i de la région j , est généralement obtenue comme la somme pondérée des individus ayant utilisé cette formation.

4.2.1.2. Détermination de la progressivité per capita

Une progressivité per capita est obtenue si la courbe de concentration (courbe de Lorenz) des bénéfices générés se situe au-dessus de la ligne à 45 degrés. Elle révèle dans ce cas que le quintile le plus pauvre reçoit plus de 20% des bénéfices totaux et le quintile le plus riche moins de 20%. A contrario, les courbes de concentration situées en deçà de la diagonale indiquent que la politique publique mise en œuvre profite plus aux pauvres qu'aux non-pauvres. Quand les courbes se croisent de manière régulière, les indices de GINI et de concentration doivent être utilisés pour apprécier l'impact redistributif et comparer les politiques considérées par effet de dominance [DAVIDSON et DUCLOS, 1976⁴¹⁰ ; ARAAR, 2006⁴¹¹].

En somme, considérons B1 et B2, deux bénéfices distincts et Y un indicateur quelconque de niveau de vie. En se basant sur les courbes de concentration, on vérifierait les relations suivantes:

- B1 est progressif si $CB1(p) > LY(p)$ quel que soit p entre 0 et 1.
- B1 est plus progressif que B2 si $CB1(p) > CB2(p)$ quel que soit p entre 0 et 1.

Sur la base des **indices**,

- B1 est progressif si : $GY - CB1$ est positif.
- B1 est plus progressif que B2 si : $CB2 > CB1$

GY : Coefficient de Gini de Y et CB1 : Coefficient de concentration de B1.

⁴¹⁰ DAVIDSON R., DUCLOS J-Y. [1976]. « Statistical inference for the measurement of the incidence of taxes and transfers », *Cahiers de Recherches 9521*, Laval University, Center for Research on Economics and Financial Applications.

⁴¹¹ ARAAR A. [2006]. « Poverty, Inequality and Stochastic Dominance. The theory and practices: illustrations with Burkina Faso Surveys ». *Working Paper 06-34*, CIRPEE. Department of Economics, Laval University.

En général, l'indice de Gini se détermine par la formule ci-après.

$$G = 1 - \frac{\hat{\xi}}{\hat{\mu}}$$

Où

$$\hat{\xi} = \sum_{i=1}^n \left[\frac{(V_i)^2 - (V_{i+1})^2}{(V_i)^2} \right] * y_i \quad \text{et} \quad V_i = \sum_{h=1}^n w_h$$

$$\text{avec} \quad y_1 \geq y_2 \geq \dots \geq y_{n-1} \geq y_n$$

L'indice de concentration pour la variable B , lorsque la variable de reclassement est Y , est obtenu par la formule suivante :

$$\hat{C}_B = 1 - \frac{\hat{\xi}_B}{\hat{\mu}_B}$$

Où $\hat{\mu}_B$ est la moyenne de la variable B ,

$$\hat{\xi}_B = \sum_{i=1}^n \left[\frac{(V_i)^2 - (V_{i+1})^2}{(V_i)^2} \right] * b_i \quad \text{et} \quad V_i = \sum_{h=1}^n w_h$$

4.2.1.3. La progressivité des transferts

Il a été nécessaire de partir de la distribution des ressources publiques affectées aux services de santé en considérant les parts allouées aux Hôpitaux de 2^{ème} niveau (HD et assimilés) et aux centres de santé périphériques qui représentent le 1^{er} niveau (CSI). Cette décomposition nous renseigne que la structure des transferts sanitaires publics n'a pas significativement évolué sur la période considérée (2001 – 2007). Cependant, on note une légère amélioration dans l'orientation des transferts vers les structures de 1^{er} niveau qui restent favorables aux couches défavorisées. Les autres transferts ont connu une évolution similaire, mais au profit de la classe moyenne et des plus aisés. Ainsi, bien que le montant

global des transferts affectés aux formations sanitaires publiques entre 2001 et 2007 ait sensiblement baissé, passant respectivement de 2.932,05 à 2.466,54 millions de Fcfa pour les HD et de 2.588,75 à 2.153,66 millions de Fcfa pour les CSI, le montant *per capita* a légèrement augmenté pour les 2 catégories. Le graphique 35 de la section 4.1.1.1. nous indique que les changements dans les dépenses de santé entre 2001 et 2007 sont statistiquement robustes. La lecture de ce graphique montre que la distribution des dépenses de consommation en santé de 2007 domine celle de 2001 ; autrement dit, les dépenses de santé des ménages entre 2001 et 2007 n'ont pas été en recul, mais ont considérablement augmenté pour compenser la perte enregistrée dans les transferts publics sur la même période.

Cette constatation peut également s'expliquer par une plus grande subvention en soutien aux structures de santé privées (laïques et confessionnelles à partir de 2004, suite à la matérialisation du partenariat « public-public » inscrit comme stratégie d'accélération dans le cadre de la mise en œuvre de la SSS) ou à une plus grande défection par les usagers des soins des structures publiques vers les structures privées ou d'autres canaux, les 2 phénomènes pouvant être eux-mêmes liés. En tout état de cause, nous retenons que les transferts unitaires ont augmenté entre 2001 et 2007, et davantage vers les HD. Pour les CSI, cette augmentation s'est exprimée majoritairement en faveur des premiers quintiles, ce qui a conduit à un regain de 5 points pour le premier (de 34,2% à 39,0%) et de 2 points pour le second quintile (de 26,1% à 28,1%).

Bien qu'il soit prouvé que les effets du niveau de vie sur la consommation des soins diffèrent très fortement selon le type de soins considéré, l'imputation des dépenses publiques de santé aux individus qui en bénéficient reste limitée pour plusieurs raisons. La première tient déjà à la nature même de la dépense à imputer, qui est généralement faite sur la base de la consommation effective des soins de chacun. En revanche, si les soins sont effectivement délivrés à des individus, il est certain que ces dépenses publiques ne bénéficient pas aux seuls malades, mais bien à l'ensemble de la population, chaque individu ayant le même accès potentiel aux soins en cas d'atteinte morbide [MORMICHE, 1995⁴¹² ; MARICAL, 2007⁴¹³]. La seconde limite amène à supposer que tous les individus

⁴¹² MORMICHE P. [1995]. « L'accès aux soins : évolution des inégalités entre 1980 et 1991 », *Économie et Statistique* n° 282, Insee.

bénéficient du même niveau de transfert potentiel et à imputer à tous la même fraction de la dépense publique de santé. Or, nous venons de constater au chapitre précédent que plusieurs facteurs comportementaux et individuels [MORMICHE, 1986⁴¹⁴ ; MUURINEN, 1982⁴¹⁵] influent sur la consommation de soins, et donc sur le bénéfice effectif que les individus peuvent tirer du financement du système de santé.

Tableau 17. Décomposition des transferts par quintile et par catégorie de formation sanitaire

Quintiles des dépenses de consommation	<i>Hôpitaux 2^{ème} niveau</i>			<i>CSI</i>		
	Montant (en millions de FCFA)	Per capita (en FCFA)	%	Montant (en millions de FCFA)	Per capita (en FCFA)	%
2001	2 932,05	1747	100,0	2 588,75	1347	100,0
Quintile1	598,85	1818	20,4	884,39	1325	34,2
Quintile 2	650,05	1980	22,2	675,13	1446	26,1
Quintile 3	616,34	1726	21,0	539,76	1347	20,9
Quintile 4	552,41	1586	18,8	293,78	1251	11,3
Quintile 5	514,41	1633	17,5	195,69	1282	7,6
2007	2 466,54	2051	100,0	2 153,66	1576	100,0
Quintile 1	465,16	2362	18,9	840,79	1573	39,0
Quintile 2	586,88	2305	23,8	604,83	1735	28,1
Quintile 3	496,96	2142	20,1	376,84	1639	17,5
Quintile 4	528,82	1867	21,4	199,13	1368	9,2
Quintile 5	388,73	1648	15,8	132,06	1221	6,1

Sources : ECAM 2, ECAM 3

⁴¹³ MARICAL F. (2007), « En quoi la prise en compte des transferts liés à la santé modifie-t-elle l'appréciation du niveau de vie ? », *Dossiers*, Insee.

⁴¹⁴ MORMICHE P. (1986), « Pratiques culturelles, profession et consommation médicale », *Economie et Statistiques*, *op. cit.*

⁴¹⁵ MUURINEN J-M. (1982), « Demand for health: a generalized Grossman model », *Journal of Health Economics*, *op. cit.*

Au regard des disparités sociales de consommation de soins entre différentes catégories, il devient nécessaire d'intégrer le niveau de vie à la définition de ces catégories. Des individus de niveaux de vie différents n'ont pas nécessairement le même niveau ni la même structure de demande de soins, la variation de leur état de santé conditionnant le type de recours thérapeutique et la catégorie de formation sanitaire sollicités. Les courbes de concentration correspondant aux bénéfices réellement acquis ont été obtenues sans modification significative de l'information sur le contenu équité de ces dépenses qui apparaissent globalement progressives, c'est-à-dire qu'elles s'inscrivent dans une logique de réduction des inégalités avec une progressivité *per capita* plus importante pour les CSI. Il ressort de cette analyse que les budgets acquis par les usagers des services publics de santé sont davantage pro-pauvres lorsqu'ils sont orientés vers les structures du 1^{er} niveau de soins. Dans ce contexte, les scénarii et les résultats obtenus peuvent servir d'outil pour moduler les modifications dans l'offre de santé selon les objectifs d'équité.

Tableau 18. Indice de concentration des transferts

Indices	Dépenses de consommation		Hôpitaux de 2 ^{ème} niveau		CSI	
	2001	2007	2001	2007	2001	2007
<i>Indice de gini</i>	0,420	0,386	/	/	/	/
<i>Indice concentration des transferts</i>	/	/	-0,005	-0,074	-0,246	-0,276
<i>Indice de progressivité</i>	/	/	0,425	0,46	0,666	0,662

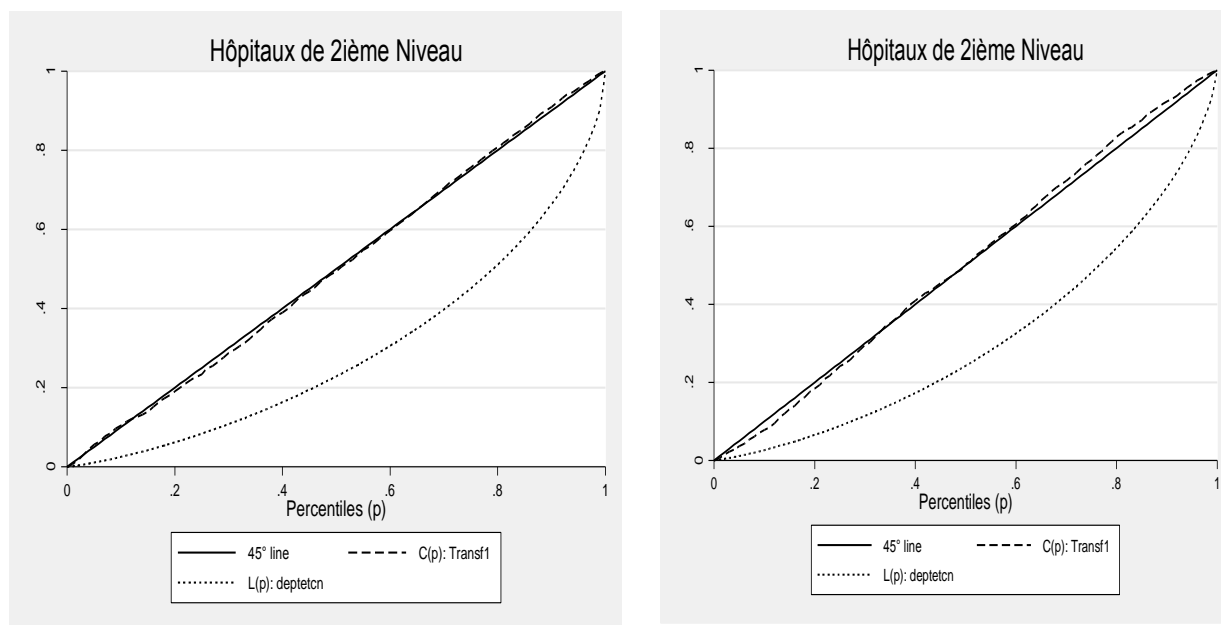
*Note : *L'indice de progressivité est la différence entre l'indice de Gini et l'indice de concentration. Le bénéfice est progressif lorsque l'indice de progressivité est positif.*

La distribution structurelle des dépenses publiques de santé met en évidence le degré de corrélation entre les concentrations des transferts en faveur des différentes catégories de formations sanitaires et le niveau de bien-être socioéconomique de la population. Quel que soit la catégorie considérée, la concentration des transferts entre 2001 et 2007 n'a subi aucun changement d'un point de vue redistributif. Ainsi, dans les hôpitaux de 2^{ème} niveau, on atteint une certaine égalité (proportionnalité relative) pour toutes les quintile de bien-

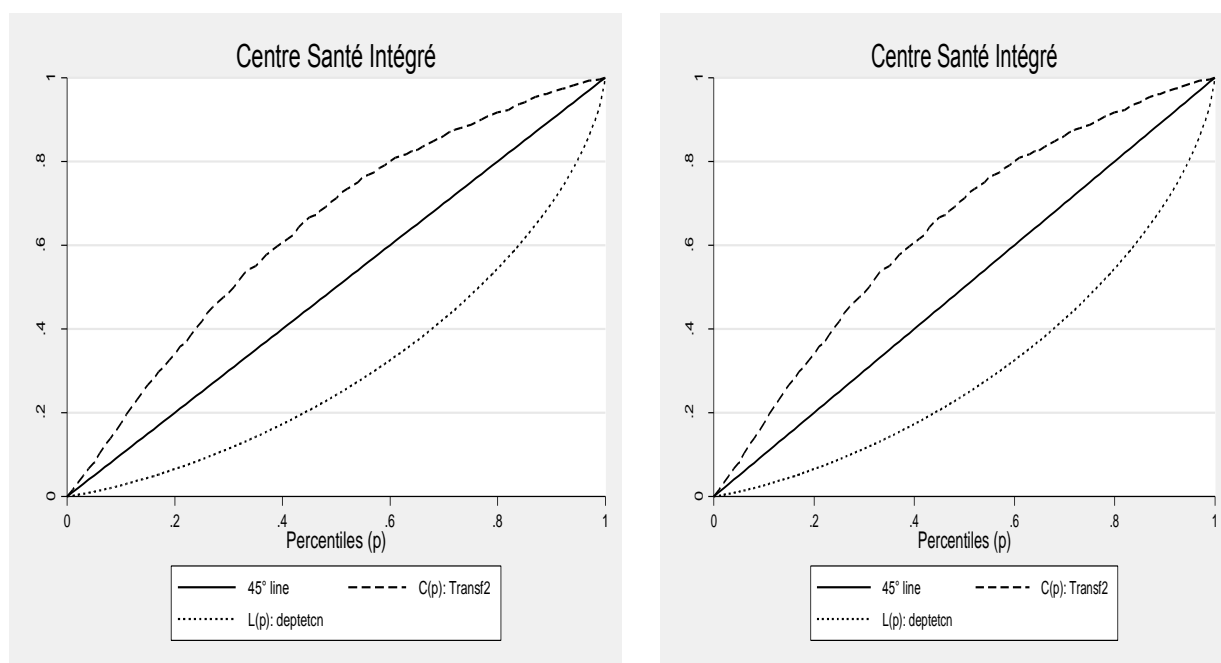
être socioéconomique (les transferts sont donc proportionnels) alors que les transferts orientés vers les CSI sont favorables aux ménages pauvres. En 2001, les HD ont reçu des dotations avec un indice de concentration (tableau 6) de -0,005 alors que cet indice était de -0,246 pour les CSI. La même tendance s'observe en 2007 avec les indices de concentration de -0,074 et de -0,276 respectivement pour les HD et les CSI. Toutes ces analyses se fondent sur l'hypothèse que l'ensemble des ménages a bénéficié entre 2001 et 2007 d'une augmentation annuelle de leur consommation identique à l'accroissement du PIB sans modification des inégalités au cours du temps, comme nous le renseigne le graphique 3 où l'on n'a noté aucune différence dans la structure de consommation entre 1984, 1996 et 2001.

a. Concentration des transferts par catégorie de formation sanitaire en 2001 et 2007

Graphique 36. Courbes de concentration des transferts pour les hôpitaux de 2ème niveau en 2001 et 2007

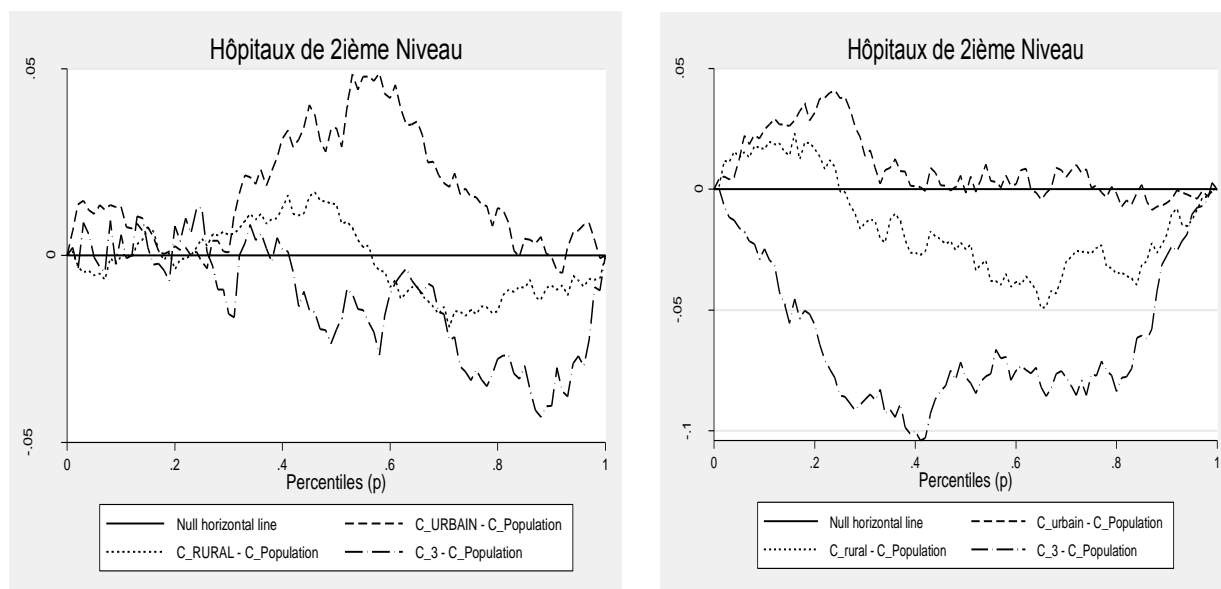


Graphique 37. Courbes de concentration des transferts pour les centres de santé intégrés en 2001 et 2007

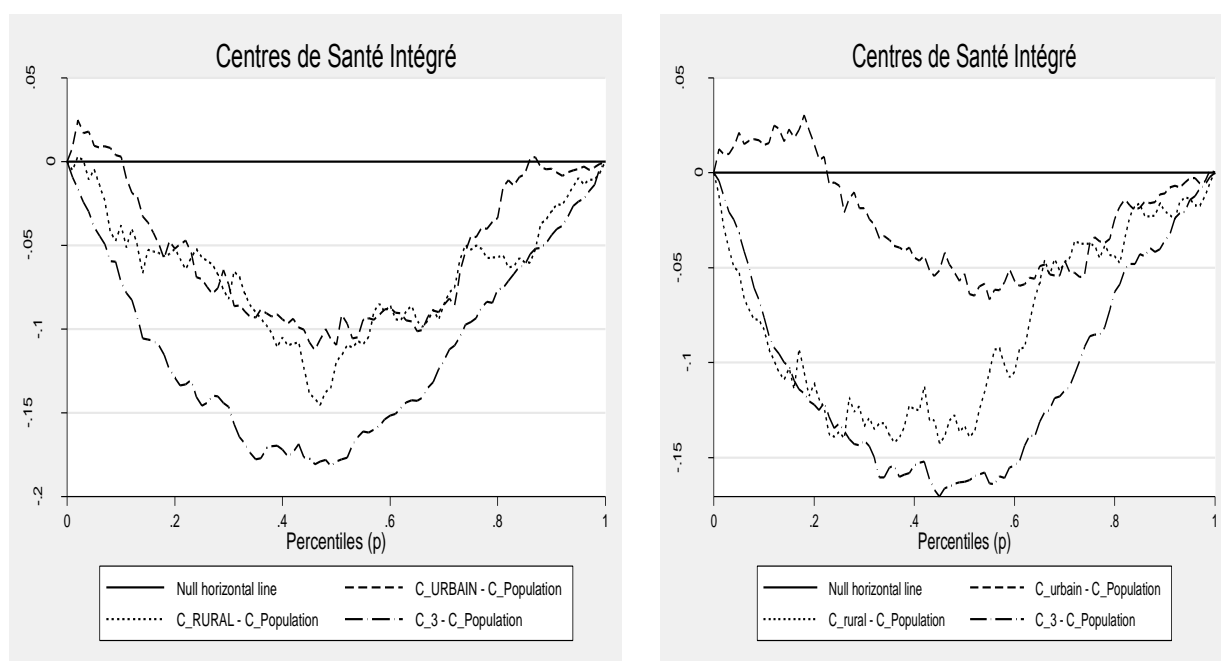


b. Progressivité des transferts par catégorie de formation sanitaire en 2001 et 2007

Graphique 38. Courbes de progressivité des transferts pour les hôpitaux de 2^{ème} niveau en 2001 et 2007



Graphique 39. Courbes de progressivité des transferts pour les centres de santé intégrés en 2001 et 2007



L'estimation théorique de l'incidence des transferts calculés à l'échelon d'une structure sanitaire confirme que le moyen le plus efficace pour accroître l'effet redistributif total est une répartition inégalitaire en faveur des CSI, ce qui pourrait favoriser l'accès des ménages pauvres. Cette progressivité tient compte uniquement de l'importance des masses financières engagées, à défaut d'autres vecteurs de la redistribution (prestations sociales par exemple). Les courbes de progressivité des transferts pour les formations sanitaires publiques (hôpitaux de 2^{ème} niveau et CSI) en 2001 et 2007 en fonction du milieu de résidence présentent une situation nettement améliorée en 2007, où la dépense publique en santé est progressive en valeur absolue en ce sens qu'elle permet de réduire les inégalités par rapport à celle de 2001 en milieu urbain. En zone rurale, les résultats sont moins favorables avec une hausse du coefficient de variation, de l'indice de progressivité qui est caractéristique de l'accentuation des inégalités (l'indice de concentration baisse significativement quand on passe du milieu urbain au milieu rural avec des valeurs intermédiaires pour le milieu semi-urbain). Néanmoins, les inégalités y demeurent moins importantes en termes d'ampleur par rapport au milieu urbain. Bien que le rattrapage du niveau d'inégalités entre les deux milieux ne soit pas encore réalisé, il est socialement dangereux de ne rien faire pour arrêter le phénomène d'accroissement des inégalités en milieu rural, qui a par ailleurs les revenus les plus bas. De plus, les ruraux souffrent de façon concomitante des coûts élevés de soins et de l'accessibilité physique.

Tableau 19. Concentration et progressivité des bénéfices selon le milieu de résidence

Indice	Dépenses	Hôpitaux 2 ^{ème} niveau			CSI		
		Urbain	Semi-urbain	Rural	Urbain	Semi-urbain	Rural
2001							
Indice de gini	0,420	/	/	/	/	/	/
Indice concentration	/	0,001	0,006	0,036	-0,151	-0,116	-0,034
Indice de progressivité	/	0,419	0,414	0,384	0,571	0,536	0,454
2007							
Indice de gini	0,386	/	/	/	/	/	/
Indice concentration	/	0,010	0,032	0,108	-0,198	-0,131	-0,080
Indice de progressivité	/	0,376	0,354	0,278	0,584	0,517	0,466

4.2.1.3. La progressivité de l'accès et des bénéfices générés de l'utilisation des services

Partant du principe d'uniformité des comportements dans le temps et entre les différentes régions, la présomption que les dépenses publiques sont inégalement réparties entre les différentes catégories et profitent moins aux populations pauvres nous a amené à établir une relation entre le coût unitaire et la consommation, par les ménages, des services délivrés. Cette analyse de la distribution et de l'utilisation des services publics ne concerne que les catégories qui recourent aux soins modernes, et qui ne représentent que 30,9% de la population camerounaise d'après l'enquête RSM de 2005 (voir tableau 7). La fréquentation des structures sanitaires respecte, comme nous l'avons constaté, une cascade allant d'une plus grande utilisation des centres de santé intégrés, qui décroît respectivement avec celle des hôpitaux de district et des hôpitaux de référence en dernier ressort, du fait que ces derniers constituent les pourvoyeurs de soins spécialisés.

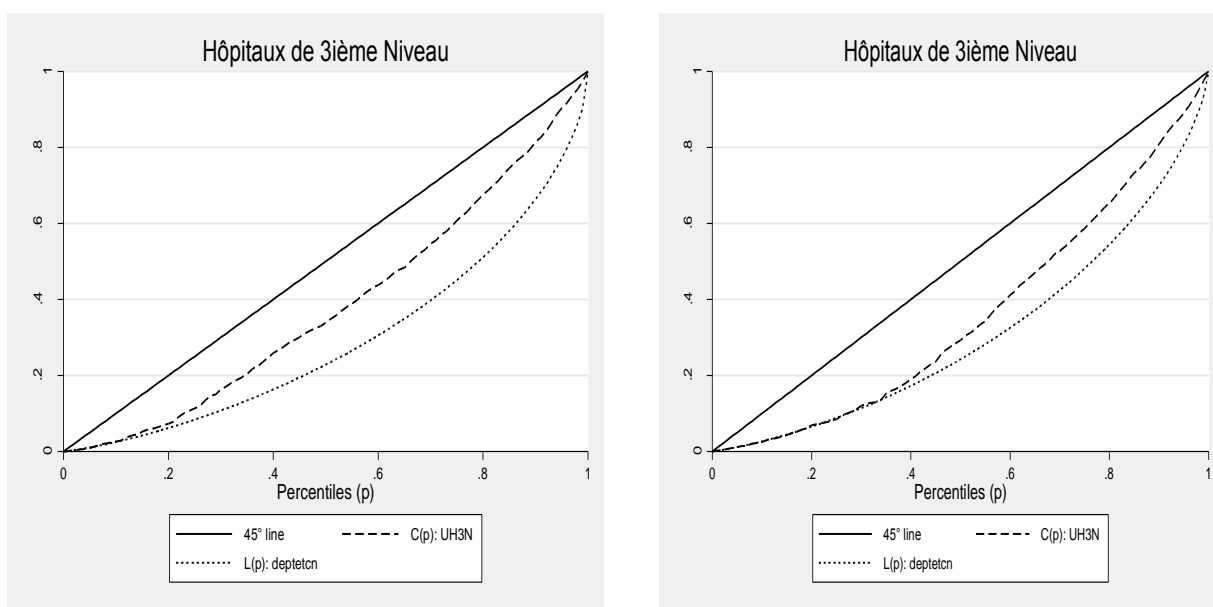
Tableau 20. Utilisation des services de santé par quintiles des dépenses de consommation par tête et par catégorie de formation sanitaire publique (%)

Quintile	Hôpitaux 3 ^{ème} niveau (%)		Hôpitaux 2 ^{ème} Niveau (%)		CSI (%)		Ensemble (%)	
	2001	2007	2001	2007	2001	2007	2001	2007
Q1	5,7	5,9	19,6	16,4	34,7	39,1	23,7	24,4
Q2	15,3	10,6	19,6	21,2	24,3	25,5	20,9	21,2
Q3	19,6	17,1	21,3	19,3	20,8	16,8	20,8	17,8
Q4	25,2	25,8	20,8	23,5	12,2	10,6	17,8	18,3
Q5	34,1	40,6	18,8	19,6	7,9	7,9	16,8	18,3
Ensemble	100	100	100	100	100	100	100	100

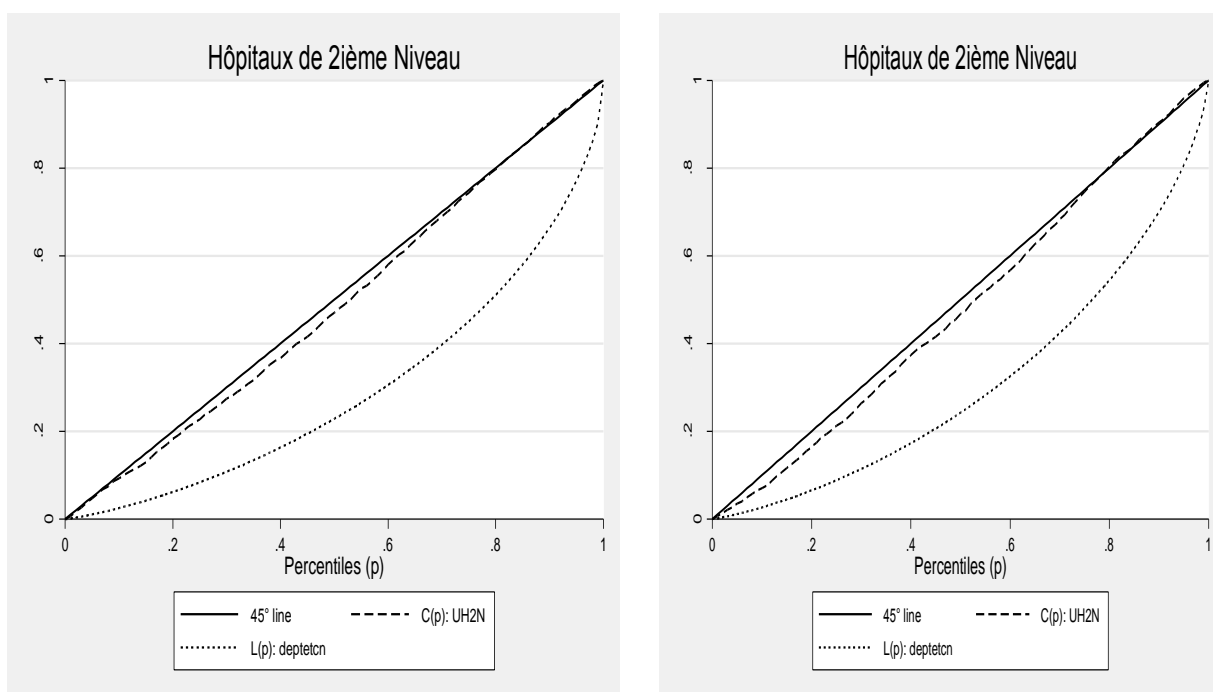
L'analyse révèle que la sollicitation des hôpitaux de référence (3^{ème} niveau) est grande sur les deux années pour les plus riches. En revanche, la classe moyenne (troisième et quatrième quintiles de bien-être) utilise majoritairement les hôpitaux de 2^{ème} niveau et les moins nantis (médians) et les pauvres ceux offerts au 1^{er} niveau (CSI).

a. Concentration de l'utilisation des services publics de santé suivant le niveau de vie

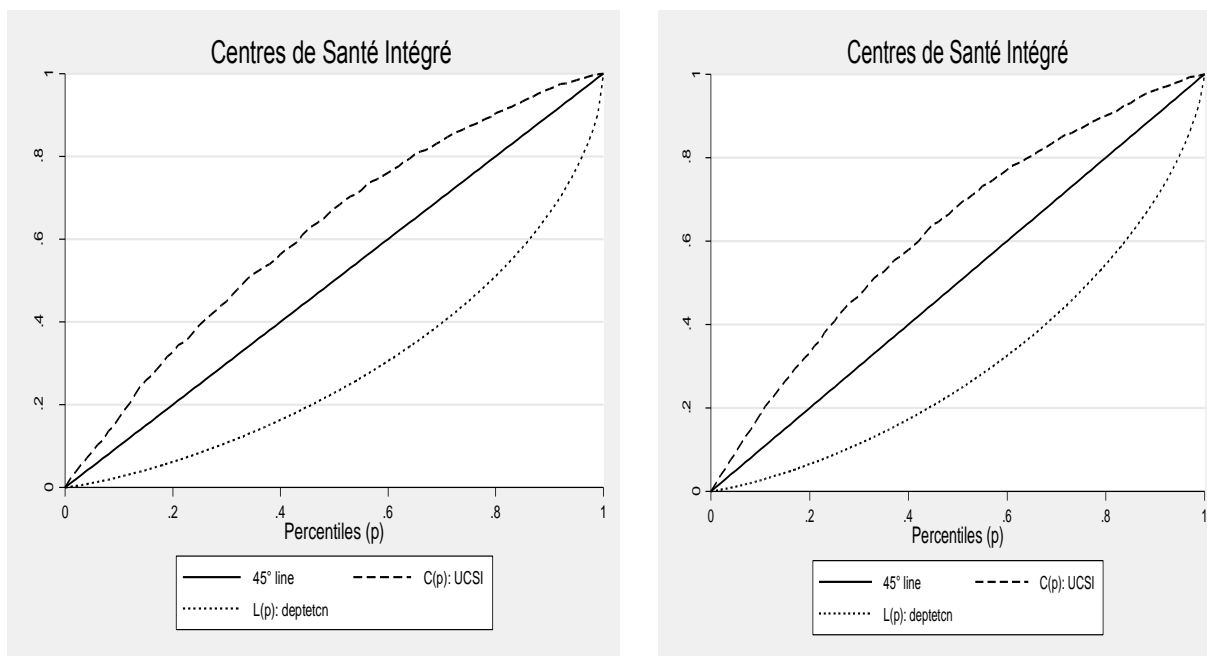
Graphique 40. Courbes de concentration de l'utilisation des services de santé de 3^{ème} niveau en 2001 et 2007



Graphique 41. Courbes de concentration de l'utilisation des services de santé de 2^{ème} niveau en 2001 et 2007



Graphique 42. Courbes de concentration de l'utilisation des services de santé de 1er niveau en 2001 et 2007

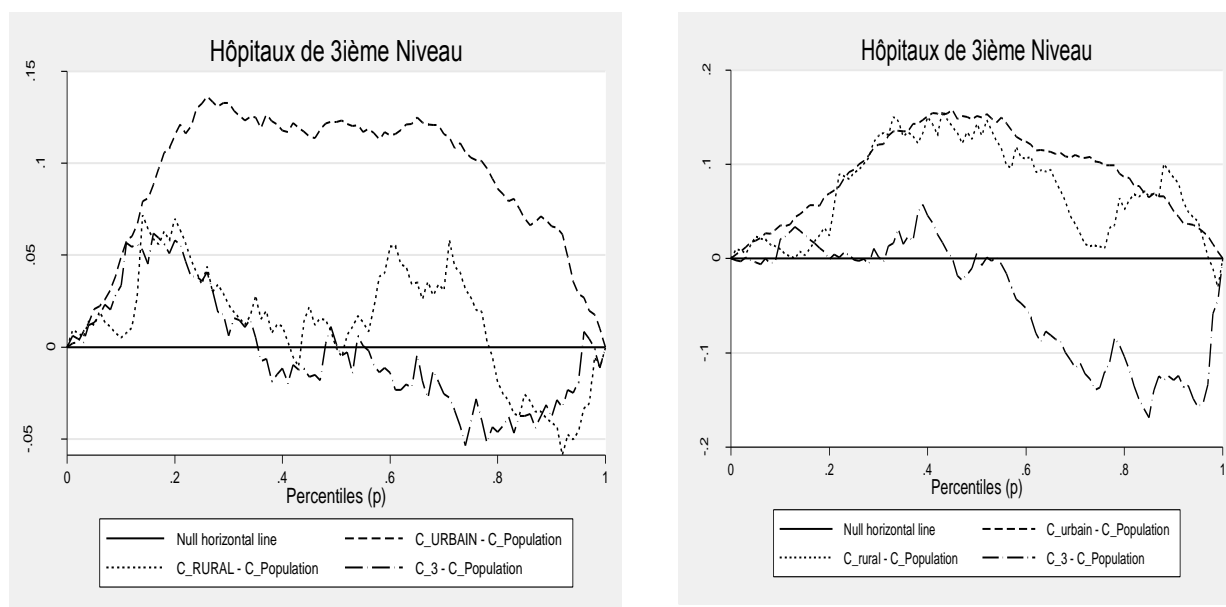


Les courbes de concentration de l'utilisation des services publics de santé (utilité tirée du transfert) montrent une différence significative entre les différents niveaux de la pyramide sanitaire. Elles confirment que l'utilisation des HD est plus distributive (la courbe après transfert se rapproche très fortement de la ligne d'équidistribution) alors que celle des CSI est plus progressive (en faveur des couches pauvres). L'analyse invalide de ce fait l'hypothèse d'effet d'échelle énoncée par KAMGNIA [2005]⁴¹⁶ qui attribuait la progressivité des bénéfices acquis de l'utilisation des CSI au nombre d'individus qui vient gonfler les dotations budgétaires. A défaut d'une analyse de la sensibilité, des courbes de dominance pourraient laisser présager de la qualité des prestations de service reçus dans les Hôpitaux de références/Provinciaux et des Hôpitaux de District et des CMA. Par ailleurs, la robustesse des courbes de bénéfice nous amène à penser que les marges budgétaires entre les transferts publics en termes d'amélioration de l'équité sont encore disponibles, les transferts ayant une certaine dominance les uns sur les autres.

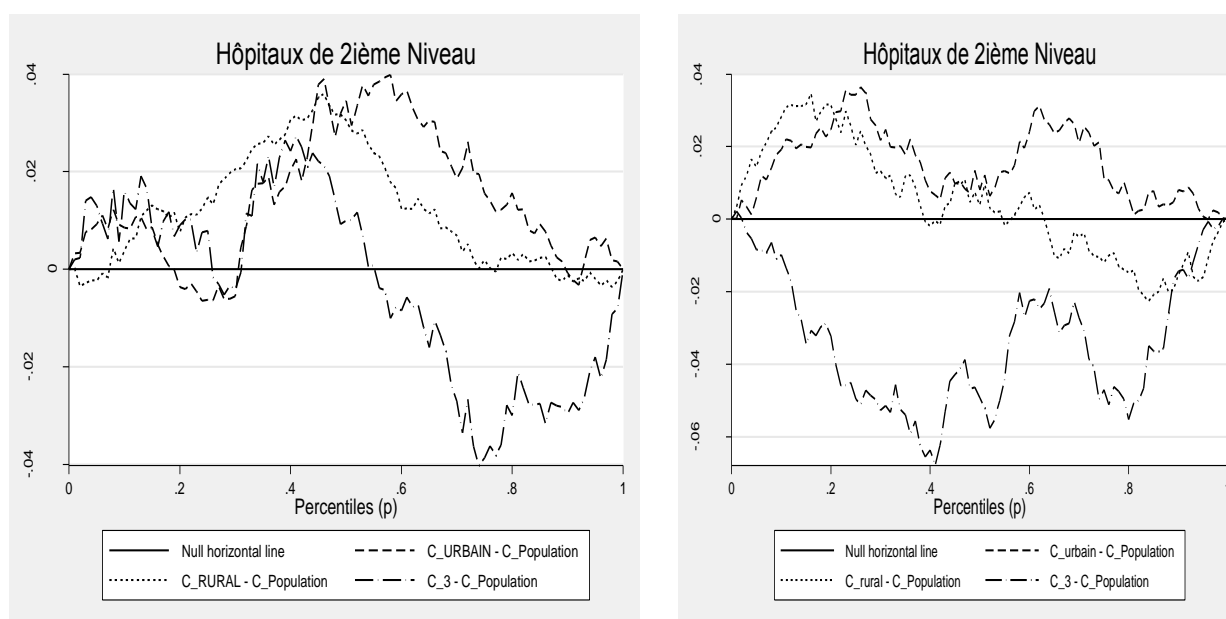
⁴¹⁶ KAMGNIA D. B. (2005), « Distributional Impact of Public Spending in Cameroon: the Case of Health Care », Final Report. AERC.

b. Progressivité de l'utilisation des services de santé suivant le milieu de résidence

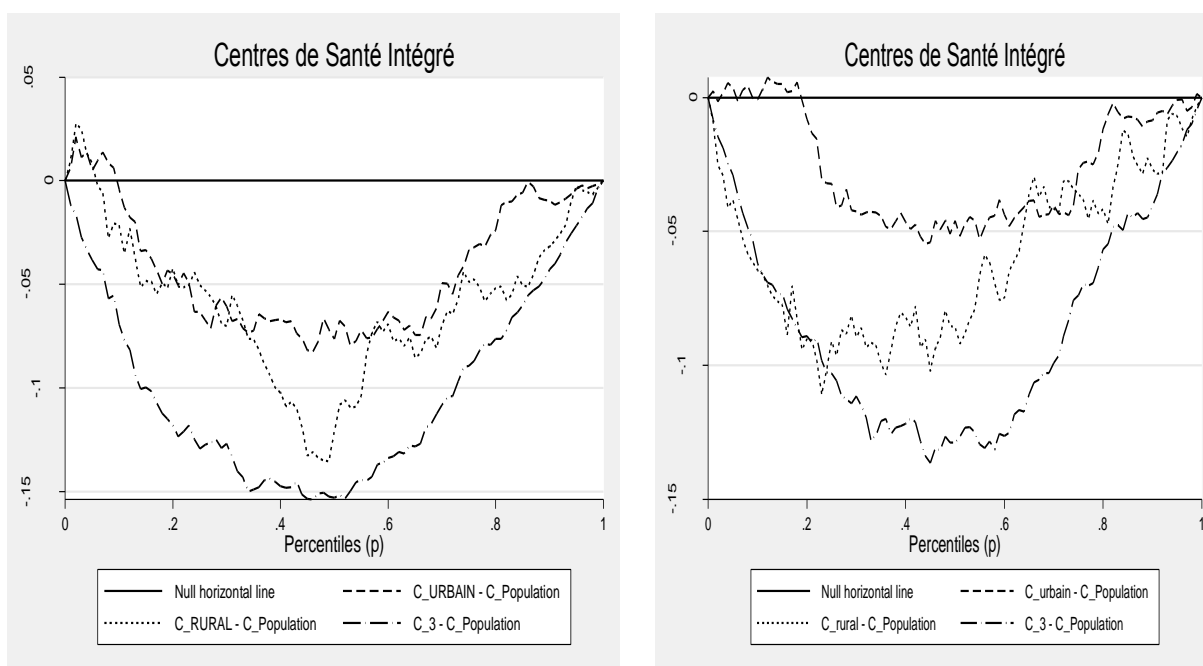
Graphique 43. Courbes de progressivité selon le milieu de résidence dans l'utilisation des services de santé de 3ème niveau en 2001 et 2007



Graphique 44. Courbes de concentration de l'utilisation des services de santé de 2ème niveau en 2001 et 2007



Graphique 45. Courbes de concentration de l'utilisation des services de santé de 1er niveau en 2001 et 2007



4.2.2. Les dépenses de santé individuelles catastrophiques et leur impact sur l'appauvrissement des ménages

Des travaux de KAWABATA *et al.* [2002]⁴¹⁷ sur le risque d'appauvrissement des ménages lié à leur contribution financière en matière de santé, on peut retenir que les dépenses catastrophiques se produisent lorsque les paiements/débours directs de santé des ménages (*out-of-pocket*) égalent ou dépassent 40% de leur faculté contributive (dépenses totales des ménages diminuées du seuil de pauvreté ou des dépenses affectées à l'alimentation). L'OMS dans son rapport en 2005 considère que les ménages font face à des dépenses catastrophiques lorsque le rapport entre les dépenses totales de santé et la différence entre le revenu et les dépenses alimentaires dépasse le seuil de 40% [OMS, 2005]⁴¹⁸, définition que nous retenons dans le cadre de cette thèse.

⁴¹⁷ KAWABATA K, XU K, CARRIN G. (2002), « Preventing impoverishment through protection against catastrophic health expenditure ». *Bull World Health Organ*, 80(8), 612-612.

⁴¹⁸ OMS (2005), *Systèmes de financement de la santé: comment réduire les dépenses catastrophiques*, Résumé technique pour les décideurs n° 2, Département de l'OMS Financement des systèmes de santé.

La survenue de telles dépenses induit un effet de basculement entre la recherche des soins et l'aggravation de la pauvreté du fait qu'elles peuvent avoir des répercussions négatives sur la génération du revenu à travers l'emprunt ou l'obligation pour les ménages de vendre leurs actifs [XU *et al.*, 2006⁴¹⁹ ; 2005⁴²⁰]. Une telle évaluation montre sans ambiguïté pourquoi il ne suffit pas d'augmenter les dépenses publiques de santé (les dépenses totales) pour améliorer l'état de santé des populations, ce qui recentre la question du ciblage pro-pauvre (transferts orientés vers les formations sanitaires périphériques) et du développement des dispositifs assurantiels de partage de risque ou de protection sociale. Les risques catastrophiques sont associés à une période de maladie qui survient chez le patient dont l'état de santé, dégradé temporairement ou durablement, induit des soins très onéreux.

En règle générale, trois conditions doivent être réunies pour que les dépenses de santé se traduisent en dépenses catastrophiques. La première condition est la prédominance du mode de paiement direct dans le système de santé en place qui maintient les individus dans une gestion au coup par coup des événements « maladie » et n'incite pas à l'anticipation des dépenses correspondantes. La seconde porte sur la faible capacité financière des ménages qui affecte leur prédisposition à payer pour accéder aux soins. En troisième position, vient l'absence des mécanismes de prépaiement permettant de partager les risques entre malades et bien-portants (lié au déficit de la sécurité sociale). La couverture universelle en santé est donc associée à l'équité dans le financement, ce qui implique que la contribution des ménages aux dépenses de santé devrait être fonction de leur capacité à payer (*ability to pay*).

4.2.2.1. *Distribution des dépenses catastrophiques*

L'estimation des dépenses de santé catastrophiques des ménages et des facteurs qui déterminent leur survenue est entreprise dans cette thèse au moyen d'une analyse en

⁴¹⁹ XU K., EVANSA D.B., KADAMAA. P., NABYONGA. J., OGWAL P.O., NABUKHONZO P., AGUILAR A.M. (2006) « Understanding the impact of eliminating user fees: Utilization and catastrophic health expenditures in Uganda », *Social Science and Medicine*, 62, 866-876.

⁴²⁰ XU, K., EVANS D., CARRIN G., AGUILAR-RIVERA A. M. (2005), « Systèmes de financement de la santé : Comment réduire les dépenses catastrophiques », dans Résumé technique pour décideurs, n°2. Genève : World Health Organization, Department of Health Systems Financing.

utilisant la régression logistique multivariée qui respecte la méthodologie utilisée à la section 3.4.2.1., en considérant uniquement les variables indépendantes qui conditionnent le recours aux soins modernes (voir l'analyse des déterminants de recours aux soins modernes abordée au chapitre 3). L'approfondissement de l'analyse des déterminants est entrepris à partir des données des enquêtes ECAM (2001 et 2007) afin d'isoler ceux qui contribuent à l'aggravation de la pauvreté des ménages suite au recours à des soins de santé. Le caractère imprévisible des dépenses de santé (et leur ampleur potentielle) à l'échelle individuelle reste, du fait de leurs coûts parfois prohibitifs, une part importante du budget des ménages. Un tel constat a fait engager une vaste réflexion théorique et opérationnelle sur le financement de la santé comme élément d'un dispositif de protection sociale. La principale limite de l'approche adoptée est qu'elle n'utilise qu'une seule valeur seuil/limite pouvant se traduire par une estimation inexacte ou une mauvaise interprétation des facteurs importants comme le font remarquer LU *et al.* [2009]⁴²¹. La variable représentant la dépense catastrophique est une variable dichotomique prenant la valeur 1 si le ménage dépense en paiements directs de santé au moins 40% de sa faculté contributive, 0 sinon, et se présente suivant l'équation :

$$\left[\begin{array}{l} Dep_{cata} = 1 \text{ si } \frac{oops}{ccm_s} \geq 0,4 \\ Dep_{cata} = 0 \text{ si } \frac{oops}{ccm_s} < 0,4 \end{array} \right.$$

L'objectif est simplement de calculer le pourcentage des ménages exposés aux dépenses catastrophiques ou encore le pourcentage de ceux qui s'appauvrissent à cause des paiements élevés des frais de santé ainsi que les déterminants de ces dépenses. Le tableau 21 ci-après présente les variables indépendantes du modèle et le contenu attribué.

⁴²¹ LU C., CHIN B., LIC G., MURRAYD C. J.L. (2009), « Limitations of methods for measuring out-of-pocket and catastrophic private health expenditures », *Bull World Health Organization*, 87, 238–244.

Tableau 21. Variables indépendantes pour l'analyse des déterminants des dépenses catastrophiques

Variables indépendantes	Dictionnaire des variables	Valeurs
DEP_CATA	Le ménage fait face aux dépenses catastrophiques	1=oui ; 0=non
_Imilieu_2	Le ménage réside en milieu rural	1=oui ; 0=non
taille_m	Taille du ménage	Variable quantitative
_Igenre_2	Le chef de ménage est de sexe féminin	1=oui ; 0=non
nb_60ans_o~s	Nombre de personnes ayant 60 ans ou plus dans le ménage	Variable quantitative
nb_moinsde~s	Nombre de personnes ayant moins de 5 ans dans le ménage	Variable quantitative
_Ieducatio~2	Le niveau d'éducation du chef de ménage est le primaire	1=oui ; 0=non
_Ieducatio~3	Le niveau d'éducation du chef de ménage est le secondaire	1=oui ; 0=non
_Ieducatio~4	Le niveau d'éducation du chef de ménage est le supérieur	1=oui ; 0=non
_Iquintile~2	2 ^{ème} quintile des dépenses	1=oui ; 0=non
_Iquintile~3	3 ^{ème} quintile des dépenses	1=oui ; 0=non
_Iquintile~4	4 ^{ème} quintile des dépenses	1=oui ; 0=non
_Iquintile~5	5 ^{ème} quintile des dépenses	1=oui ; 0=non

L'évaluation de la distribution des dépenses catastrophiques telle qu'abordée dans notre travail reste limitée pour plusieurs raisons. D'abord, même si les bases de données utilisées sont considérées comme étant représentatives de l'ensemble de la population camerounaise (ECAM), elles n'ont pas directement ciblé les ménages défavorisés ; ensuite, il existe une grande difficulté à déduire de manière exclusive la proportion réelle des dépenses affectées à la santé au niveau du ménage ; et enfin, les informations renseignées par ces enquêtes sur la morbidité n'ont couvert que les deux dernières semaines précédant l'enquête alors qu'il est établi que les maladies chroniques constituent

l'essentiel des dépenses catastrophiques des ménages (une bonne frange de la population se considère malade lorsque l'épisode morbide conduit à un alitement). Nos analyses donnent cependant des estimations qui peuvent constituer des leviers pour les études plus approfondies visant à régler les tensions entre le recours aux soins de santé et la perte par les ménages de leurs moyens de subsistance. En adoptant la méthodologie préconisée par l'OMS, nous utilisons les dépenses de santé en lieu et place des dépenses en paiements directs (en raison de la non disponibilité des données y relatives). Nous assimilons alors les dépenses totales de santé des ménages aux dépenses en paiement direct. Le graphique 33 nous renseigne que le paiement direct représentait 96% au Cameroun en 2007. La marge d'erreur se situe donc autour de 4%, ce qui reste acceptable d'un point de vue statistique.

Suivant le graphique 46 ci-dessous, la proportion des ménages ayant fait face aux dépenses de santé catastrophiques a considérablement augmenté entre 2001 et 2007 indépendamment de la catégorie considérée. Ainsi, en 2001, seulement près de 0,44% des ménages consacraient plus de 40% de leur faculté contributive aux paiements directs des soins de santé. Cette même proportion représente 2,11% en 2007 et explique l'accroissement de la vulnérabilité des ménages en matière de santé face à d'autres postes de dépenses qui affectent leur survie. En considérant les différentes variables à l'étude, on constate que la situation de 2007 est assez préoccupante par rapport à celle de 2001. Les parts présentées diffèrent selon le milieu de résidence et le statut socioéconomique des ménages. En milieu rural, cette part s'élève à 0,57% contre plus de 4,84% dans les zones urbaines. Selon le niveau des dépenses, ce sont les ménages de classe moyenne et ceux supposés aisés qui représentent la plus importante part des dépenses catastrophiques. C'est ainsi que 2,55% des ménages du 4^{ème} quintile contre près de 8,7% des ménages du 5^{ème} quintile consacraient plus de 40% de leur faculté contributive aux paiements directs de la santé en 2007, contre 0,1% chez les ménages les plus défavorisés (1^{er} quintile).

Le niveau de richesse et l'éducation semblent nous donner des résultats contradictoires. En effet, les premiers travaux empiriques sur cette question nous renseignent que la survenue des dépenses catastrophiques augmente avec la pauvreté des ménages et diminue avec le niveau d'éducation des patients. Il faut signaler que le niveau de richesse mesuré à travers les actifs des ménages présente d'importantes limites dans la mesure où la constitution des

biens s'étale sur une longue période et parfois sur une vie, ce qui augmente significativement la capacité financière apparente des pauvres et des ruraux. Aussi, le basculement dans la pauvreté n'entraîne pas automatiquement la perte des biens acquis. En l'absence d'une mesure du revenu (difficile à opérer) chez les pauvres et les ruraux à cause de la faiblesse et de l'irrégularité de ce dernier, l'ampleur des débours directs et des dépenses catastrophiques pour la santé est fortement influencée par la capacité à payer [LU *et al.*, 2009]⁴²². Plusieurs travaux militaient déjà en faveur d'un changement de la mesure de la capacité financière des ménages pour répondre aux critiques voulant que les dépenses en nourriture ne constituent pas un bon indicateur pour les dépenses de subsistance [WAGSTAFF et VAN DOORSLAER, 2001⁴²³ ; OMS, 2001⁴²⁴].

La capacité contributive gagnerait donc à être redéfinie, notamment en la considérant comme égale aux dépenses totales des ménages moins le niveau des dépenses correspondant au seuil international de pauvreté, du moment que les dépenses totales se situent à un niveau supérieur à ce seuil. L'équité parfaite se retrouve en perte de consistance car elle renvoie suivant sa conception originelle à une situation où chaque ménage paie une part égale de sa capacité à payer. Les barrières culturelles et informationnelles constituent également des goulots d'étranglement dans la mesure où elles entraîneraient une moindre connaissance des filières de soins (asymétrie d'information) et un rapport différent au corps et à la maladie et expliqueraient donc un recours aux soins plus tardif chez les populations les plus pauvres.

On pourrait considérer que nos résultats sur l'effet de l'éducation expriment un paradoxe en raison d'une corrélation déjà établie entre le niveau d'éducation et la richesse des ménages, de telle sorte que cette variable capterait essentiellement un effet de richesse. Certes il existe une corrélation inter-quintiles très significative entre l'éducation et la richesse des ménages, mais celle-ci est assez faible quantitativement. Certains auteurs ont

⁴²² LU C., CHIN B., LI G., MURRAYD J.L.C. (2009), « Limitations of methods for measuring out-of-pocket and catastrophic private health expenditures », *Bull World Health Organization*, *op. cit.*

⁴²³ WAGSTAFF A., VAN DOORSLAER E. (2001), *Paying for health care: reflections on and alternatives to the World Health Organization's fairness of financing index*. Development Research Group and Human Development Network, World Bank.

⁴²⁴ WORLD HEALTH ORGANIZATION (2001), *Report on WHO technical consultation on fairness in financing contribution*, 4-10-2001, Geneva, Switzerland.

réussi à mettre en évidence la relation entre le niveau d'éducation et les comportements en matière de recours aux soins [OR, 2009]⁴²⁵ ou de prévention en santé [KENKEL, 1997]⁴²⁶ dans le but d'une optimisation du capital santé. Pour LE PEN [1988]⁴²⁷, « *l'individu éduqué sait mieux utiliser les inputs en biens et en temps de sa fonction d'investissement* ». Si les personnes les moins éduquées ne considèrent pas toujours la santé comme une priorité et attendent des signaux importants pour recourir au système de santé, leurs pairs qui justifient d'un niveau d'éducation plus élevé ont tendance à réaliser des investissements supérieurs en capital-santé.

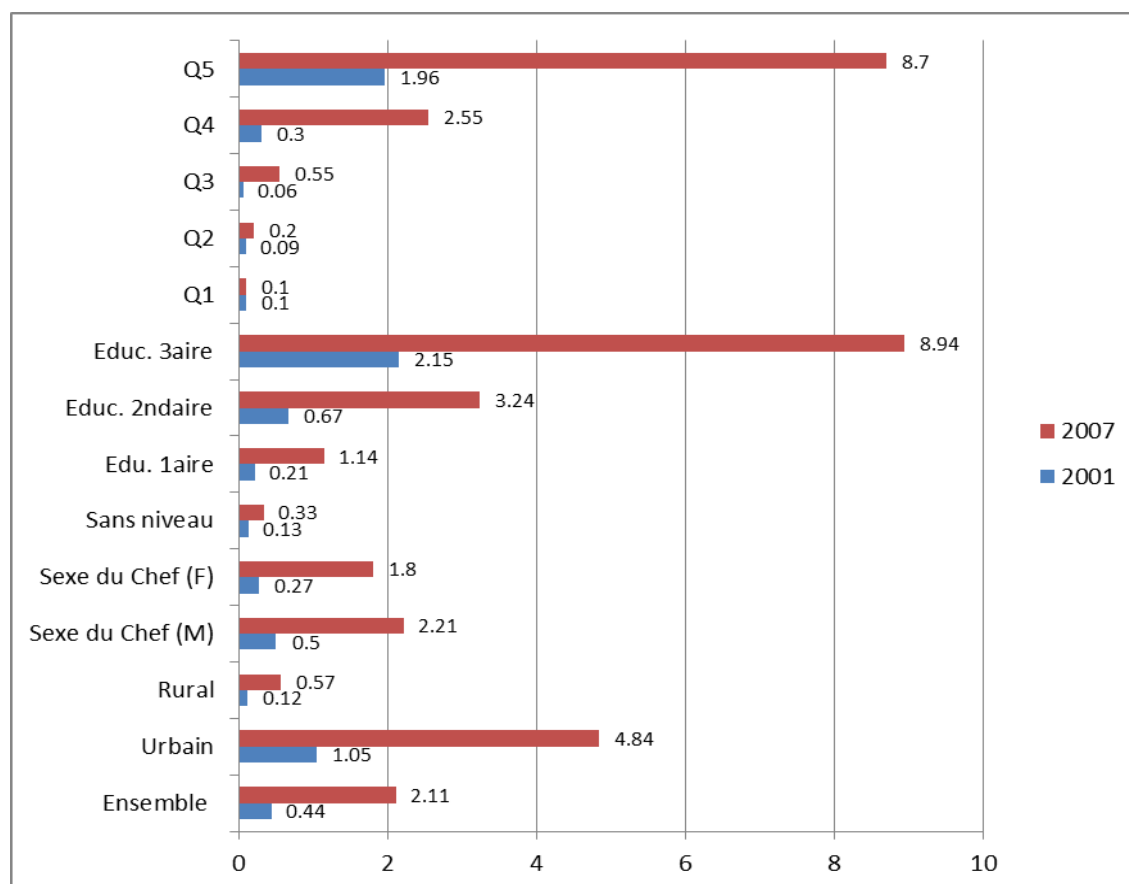
Les ordres de grandeur des paramètres observés sont assez élevés et nous amènent à chercher à mieux comprendre les déterminants de survenue de ces dépenses catastrophiques et leurs effets sur l'appauvrissement des ménages. Car, nous avons démontré au niveau des sections précédentes que les personnes disposant de très peu de ressources recourent aux soins de santé moderne en deuxième ou troisième recours du fait de leur faible capacité contributive qui bute au mode de paiement essentiellement direct.

⁴²⁵ OR Z., JUSOT F., YILMAZ E. (2009), « Inégalités de recours aux soins en Europe. Quel rôle attribuable aux systèmes de santé ? », *Revue Economique*, 60, 521-543.

⁴²⁶ KENKEL D. S. (1997), « On valuing morbidity, cost-effectiveness analysis and being rude », *Journal of Health Economics*, 16(6), 749-757.

⁴²⁷ LE PEN C. (1988), « Demande de soins, demande de santé », *Revue d'Economie Politique*, 98(4), 458-471.

Graphique 46. Pourcentage des ménages ayant fait face à des dépenses catastrophiques de santé en 2001 et 2007



On peut déduire de ce qui précède que même à de très faibles niveaux d'utilisation des soins de santé et avec des montants modestes de dépenses, 6 à 15% de l'ensemble des ménages devraient faire face à des dépenses de santé catastrophiques dans le meilleur des scénarii. Les principaux déterminants de ces dépenses catastrophiques permettront de mieux illustrer les nombreux facteurs pouvant amputer la capacité des populations à se protéger efficacement contre le risque maladie. Précisons que l'une des conceptions de l'équité dans le système de santé consiste à protéger les ménages contre de telles dépenses car, soit elles conduisent les familles dans la pauvreté, soit elles creusent la pauvreté de celles qui sont déjà pauvres, d'où la nécessité de mettre en place des dispositifs assurantiels de manière à atténuer ces chocs qui aggravent la vulnérabilité des ménages, surtout dans un contexte marqué par une forte absence de patrimoine social ou de réseaux de solidarité institutionnalisés. L'analyse des déterminants de survenue de ces dépenses de santé catastrophiques suivant la technique de la régression logistique multivariée a été entreprise dans le but de déterminer les facteurs associés à ces risques.

4.2.2.2. Les déterminants des dépenses catastrophiques

Les dépenses catastrophiques des ménages sont le résultat de plusieurs facteurs combinés relatifs aux ménages et à l'environnement dans lequel ils évoluent. Ces facteurs portent sur l'ensemble des aspects d'ordre démographique, éducatif et économique. Il s'agit du milieu de résidence, l'occupation du chef de ménage, son sexe, son niveau scolaire, l'existence au sein du ménage des personnes âgées de 60 ans et plus, de celles de moins de 5 ans, du niveau de bien-être socio-économique des ménages, etc. Si les ménages résidant en milieu rural et les ménages ayant au moins une personne âgée de plus de 60 ans (qui sont souvent exposées à des maladies chroniques qui coûtent très cher) sont plus exposés au risque des dépenses catastrophiques de santé que leurs homologues citadins et ceux vivant dans les ménages comportant des enfants âgés de moins de 5 ans, il est parfois difficile de prédire quel facteur s'exerce le plus fortement dans la survenue d'un tel événement. Le niveau scolaire élevé du chef de ménage, l'exercice d'une activité génératrice de revenus et l'adhésion à un régime d'assurance maladie sont incontestablement des éléments qui permettent de neutraliser les dépenses catastrophiques car ces variables se singularisent tout en apparaissant comme étant les plus discriminantes.

La contrainte objective que fait peser le niveau de vie la place au centre des facteurs qui déterminent la survenue des dépenses catastrophiques de santé, surtout dans un contexte où l'équité, l'efficacité et la viabilité des systèmes de financement de la santé ne s'exercent pas en faveur d'une réduction des paiements directs et du renforcement des mécanismes de prépaiement. C'est ainsi que, plus le niveau de vie s'améliore, plus on a des chances de se protéger contre les risques catastrophiques. Les dépenses de consommation élevées des ménages du 5^{ème} quintile sont synonymes de richesse, et par conséquent, leurs paiements directs de santé ne devraient pas nuire à leur faculté contributive. Signalons enfin que l'existence d'au moins un membre du ménage ayant effectué des dépenses de consultation, d'analyses radiologiques (dépenses de santé externes) et, dans une moindre mesure, des dépenses d'hospitalisation augmentent la probabilité pour le ménage de faire face à ce type de dépenses. Ce résultat pourrait s'expliquer par le fait que même si les frais d'hospitalisation coûtent très cher, les consultations, les analyses et l'achat des médicaments quant à eux sont soumis à un paiement à l'avance.

Cette distribution, caractérisée par une urbanisation relativement faible n'est pas favorable à une égalité distributive sauf si l'on développe systématiquement les centres de santé intégrés dans les zones rurales où sont concentrés la très grande majorité des pauvres. DAVOODI *et al.* [2003]⁴²⁸ montrent ainsi qu'il y a une très forte corrélation entre le ratio des dépenses bénéficiant au quintile le plus pauvre sur les dépenses bénéficiant au quintile le plus riche et la part de la population urbaine. D'autres déterminants peuvent cependant être évoqués, mais il convient d'isoler d'emblée les phénomènes explicatifs afin d'échapper à la confusion liée aux niveaux parfois très hétérogènes auxquels ils sont généralement appréhendés.

L'analyse différentielle a permis de mettre en évidence les écarts de probabilité dans la survenue des dépenses catastrophiques même si on note une absence d'association significative avec plusieurs variables d'intérêt. En première analyse, on constate que ces dépenses sont largement tributaires du revenu des ménages avec la persistance de la difficulté de faire ressortir clairement les revenus des ménages des bas quintiles et des ruraux. Les coûts élevés des prestations de services et des médicaments dans le secteur moderne, conjugués à la faible capacité de recours de la population, contribuent de façon importante à l'orientation du choix thérapeutique vers l'automédication (principalement moderne) ou vers l'abstention de tout traitement au début de la maladie. De même, lorsque l'on s'intéresse à la taille du ménage, on trouve une situation similaire entre 2001 et 2007 ; ce qui démontre que quelle que soit l'année considérée, les personnes vivant dans les ménages de grande taille sont plus fortement exposées aux crises catastrophiques.

⁴²⁸ DAVOODI H.R., TIONGSON E.R., ASAWANUCHIT S.S. (2003), *How Useful Are Benefit Incidence Analyses of Public Education and Health Spending?* International Monetary Fund Working Paper 03/227.

Tableau 22. Les facteurs déterminants des dépenses catastrophiques de santé en 2001

Variables indépendantes	Rapports de chances (Odds Ratio)	Erreur standard	Z	P> z	Intervalle de confiance (95%)	
Milieu de résidence	.4833668	.1030661	-3.41	0.001	.3182577	.7341328
Taille du ménage	1.307404	.0308403	11.36	0.000	1.248334	1.369269
Sexe du chef de ménage	.9385253	.1441684	-0.41	0.680	.6945309	1.268237
Nb des plus de 60 ans	1.262299	.201666	1.46	0.145	.9229405	1.726438
Nb des moins de 5 ans	.8320237	.0709432	-2.16	0.031	.7039751	.9833637
Education primaire	1.737399	.5514577	1.74	0.082	0.082	3.236491
Education secondaire	2.605527	.7767793	3.21	0.001	1.452543	4.673714
Education supérieure	3.681247	1.148427	4.18	0.000	1.997323	6.784873
Quintile 2	2.347379	2.071408	0.97	0.334	.4163451	13.23466
Quintile3	6.002641	4.840449	2.22	0.026	1.235791	29.1568
Quintile 4	46.4732	35.24954	5.06	0.000	10.50929	205.5095
Quintile 5	175.3909	133.9533	6.77	0.000	39.25632	783.6186

Log likelihood = - 966.10974

Prob > chi2 = 0.0000

Nb. observations = 11391

Pseudo R2 = 0.2586

Nous remarquons un effet massif de l'âge pour les deux années, avec des écarts encore plus importants que ceux observés chez les enfants de moins de 5 ans qui paraissent plus élevés en 2007 qu'en 2001 (rapport de chances de 1,26 en 2007 contre 0,87 en 2001). Ceci pourrait témoigner de l'existence d'un facteur de confusion associé à une plus grande sollicitation par les personnes âgées des soins modernes suite à la publication en 2004 des mesures réduisant les coûts des prestations médicales pour les patients de plus de 60 ans, la contrainte financière constituant bien la principale raison les orientant en premier recours vers la médecine alternative. Pour la seconde catégorie de patients, à savoir ceux n'ayant toujours pas recouru à la consultation moderne malgré la persistance de la maladie, la raison essentielle avancée est liée à une inaccessibilité géographique des centres de santé, et on peut comprendre qu'elle concerne essentiellement la population rurale.

Contrairement aux prédictions énoncées plus haut, le niveau d'éducation et le niveau de vie donnent des rapports de chance contradictoires. Les risques catastrophiques augmentent significativement avec le niveau de vie et le niveau d'instruction du chef de ménage. Les raisons de cette constatation sont multiples : (i) le secteur moderne semble jouir d'une forte attractivité malgré son coût élevé pour les personnes appartenant aux hauts quintiles et celles vivant dans les ménages dont le chef justifie d'un niveau d'éducation élevé, contrairement aux pauvres et aux personnes de faibles niveaux d'éducation qui recourent spontanément aux soins traditionnels, à l'automédication ou encore à l'abstention. Ce faible recours à la consultation moderne apparaît, non du fait d'une perception négative de son efficacité, mais d'un coût jugé trop élevé ; (ii) il est actuellement prouvé que les personnes ayant un niveau d'éducation plus élevé ont tendance à s'éloigner des soins alternatifs, et ont une capacité d'appréciation de la dégradation de l'état de santé par rapport à celles qui ne justifient d'aucun niveau d'éducation, (iii) la prédisposition à recourir aux soins de santé modernes semble ne pas dépendre du sexe du malade, ou de son âge, ou encore de l'activité économique du chef de ménage. En revanche, ce choix apparaît fortement dépendant de la gravité de la maladie, du coût des soins et de la distance qui sépare le domicile de la formation sanitaire. Il serait toutefois nécessaire d'approfondir cette question par une étude rétrospective plus complète.

Graphique 47. Les facteurs déterminants des dépenses catastrophiques de santé en 2007

Variables indépendantes	Odds Ratio	Erreur standard	Z	P> z	Intervalle de confiance (95%)	
Milieu de résidence	.5611032	.1970986	-1.65	0.100	.2818651	1.116977
Taille du ménage	1.319108	.0474499	7.70	0.000	1.22931	1.415465
Sexe du chef de ménage	1.158544	.2588962	0.44	0.656	.6058631	2.215393
Nb des plus de 60 ans	.8514534	.2588962	-0.53	0.597	.4691819	1.545185
Nb des moins de 5 ans	.6843487	.6843487	-2.15	0.032	.4841302	.9673704
Education primaire	.6670219	.3690578	-0.73	0.464	.2255159	1.972891
Education secondaire	1.090343	.5133119	0.18	0.854	.4333452	2.743418
Education supérieure	1.459319	.7292119	0.76	0.449	.5480381	3.885885
Quintile 2	1.353725	1.972799	0.21	0.835	.0778153	23.55028
Quintile3	3.500762	1.972799	0.97	0.330	.2814486	43.54377
Quintile 4	14.83091	16.93961	2.36	0.018	1.581031	139.1218
Quintile 5	124.3615	140.2284	4.28	0.000	13.64215	1133.677

Log likelihood = - 290.12327

Prob > chi2 = 0.0000

Nb. observations = 10992

Pseudo R2 = 0.2523

Pour conclure sur ce point, rappelons que le système national de financement de la santé doit être reconsidéré pour permettre un plus grand accès aux services, mais aussi pour protéger les ménages contre une catastrophe financière en réduisant les paiements directs à travers l'instauration des mécanismes de prépaiement tels que les dispositifs de sécurité sociale, le financement des soins par l'impôt ou les deux. Pour mettre progressivement en place un tel système, il faut opter pour des solutions temporaires souples : (i) étendre la couverture de la population des travailleurs du secteur formel vers les personnes à charge et les travailleurs indépendants (secteur informel), l'Etat assurant le paiement des cotisations pour les pauvres ou cofinçant les services qui leur sont destinés ; (ii) protéger les personnes pauvres et défavorisées comme les plus âgés, les handicapés et les malades chroniques; (iii) réduire le degré de participation aux frais directs en trouvant un juste équilibre pour protéger les populations contre toute catastrophe financière.

4.3. LA NÉCESSITÉ DE REPENSER LA MESURE D'IMPACTS DES POLITIQUES PUBLIQUES À PARTIR DE L'ACCÈS ET L'UTILISATION DES SERVICES

Le bilan des études consacrées à l'évaluation des effets des politiques publiques et des dispositifs d'accompagnement des réformes sectorielles doit être nuancé, en ce sens que ces études ont été principalement fondées sur des analyses économétriques exploitant les données individuelles recueillies auprès d'enquêtes ménages d'envergure nationale. Même si elles s'accordent à reconnaître de façon constante qu'en Afrique subsaharienne, malgré la mise en œuvre d'une série de réformes depuis les années 1980, les objectifs de réalisation de l'équité dans l'accès aux soins et l'utilisation des services sont loin d'être réalisés, elles restent limitées par les instruments de mesure qui ne permettent pas toujours d'exploiter la gamme des facteurs en jeu. Ce chapitre corrobore les résultats du chapitre 3 et démontre clairement qu'au Cameroun comme dans plusieurs pays en développement, le faible statut socioéconomique est associé à une moins bonne santé sur un gradient plutôt que sur un effet de seuil [KAKWANI *et al.*, 1997⁴²⁹; GWATKIN *et al.*, 2004⁴³⁰]. Ainsi, les différences en matière de santé sont apparentes sur plusieurs dimensions, y compris les groupes d'âge, le milieu de résidence et le statut socio-économique des individus. Il y a donc lieu de questionner l'approche de ciblage des politiques en place et les techniques utilisées pour analyser les inégalités de santé, car elles apparaissent désormais comme les principaux obstacles pour l'évaluation des politiques publiques [WAGSTAFF et VAN DOORSLAER, 2000⁴³¹, NKWENKEU *et al.*, 2012⁴³²].

⁴²⁹ KAKWANI N.C., WAGSTAF A., VAN DOORSLAER E. (1997), « Socioeconomic inequalities in health: measurement, computation and statistical inference », *Journal of Econometrics*, 77(1), 87-103.

⁴³⁰ GWATKIN D.R., BHUIYA A., VICTORA C.G. (2004), « Making health system more equitable », *Lancet* 364(9441), 1273-1280.

⁴³¹ WAGSTAFF A., VAN DOORSLAER E. (2000), « Measuring and testing for inequity in the delivery of health care », *Journal of Human Resources*, 35, 716-733.

⁴³² NKWENKEU F.S., FARGEON V., OFFREDI C. (2012), « Socioeconomic inequalities in child and maternal health care in Cameroon », *Online Journal of Social Sciences Research*, 1 (8), 251-264.

Les mesures monétaires traditionnellement utilisées mobilisent de façon quasi-exclusive la dimension classique des indicateurs axés sur le revenu et restent de ce fait limitées pour capturer les spécificités spatiales et les aspects multidimensionnels de la santé. Elles rendent difficile toute mesure des inégalités et ne permettent toujours pas de comprendre comment l'amélioration des services à partir de la production domestique (offre) influence la transformation structurelle de l'utilisation des services (demande) pour produire des effets prévisibles (impacts). Ainsi, l'analyse des politiques publiques ne repose pas toujours sur l'étude de variations combinées dans l'espace et dans le temps. Les différentes composantes de la santé étant de nature multiple, il est difficile d'affirmer qu'une variable soit à elle seule à la base des différences constatées dans les performances enregistrées au cours de la mise en œuvre d'une politique publique [CASTRO-LEAL *et al.*, 2000⁴³³; NKWENKEU, 2010⁴³⁴]. Les techniques actuellement utilisées consistent en l'utilisation des indices sommaires qui rendent compte de l'inégalité relative à partir de l'indice de concentration de la santé (CI) qui est calculé de façon similaire à la courbe de Lorenz et au coefficient de Gini. Cette approche dite unidimensionnelle présente des limites importantes par rapport à l'approche par les capacités (CA) développée par SEN [1987] et qui renseigne le bien-être humain à partir d'un ensemble de vecteurs de fonctionnement. Cette approche vient combler cette lacune bien que son aspect critique reste la création et l'interprétation subjective de la somme des capacités à prendre en compte tant pour les modèles théoriques que pour les travaux empiriques.

L'émergence de l'approche par les capacités a engagé à partir des années 1990 un éventail de recherches en vue de sa bonne application dans le domaine du développement [ANAN et RAVAILLON, 1993⁴³⁵; CHELI et LEMMI, 1995⁴³⁶; DOLAN *et al.*, 1996⁴³⁷;

⁴³³ CASTRO-LEAL F., DAYTON J., DEMERY L., MEHRA K. (2000), « Public spending on health care in Africa: do the poor benefit? », *Bulletin of the World Health Organization*, 78, 66-74.

⁴³⁴ NKWENKEU F. S. (2010), *Les politiques publiques de santé en Afrique: entre efficacité et équité. Une analyse à partir de l'expérience camerounaise, op. cit.*

⁴³⁵ ANAND S., RAVAILLON M. (1993), « Human Development in Poor Countries: On the Role of Private Incomes and Public Services », *Journal of Economic Perspectives*, 7, 133-150.

⁴³⁶ CHELI B., LEMMI A. (1995), « A totally fuzzy and relative approach to the multidimensional analysis of poverty », *Economic Notes*, 1, 115-134.

⁴³⁷ DOLAN P., GUDEX C., KIND P., WILLIAMS A. (1996), « Valuing health states: a comparison of methods », *Journal of Health Economics*, 15(2), 209-231.

CHIAPPERO, 1996⁴³⁸; ANAND et SEN, 1994⁴³⁹ ; BANGOLIN et AVILA, 1999⁴⁴⁰]. C'est dans ce contexte que l'indice de pauvreté multidimensionnelle (IPM), qui complète l'approche traditionnelle par le revenu afin de refléter les privations composites intégrant l'éducation, la santé et le niveau de vie, s'est développé. Cette approche quantitative basée sur des données agrégées est actuellement utilisée par l'Organisation des Nations Unies pour classer les pays en termes de qualité de vie, ce qui a conduit à la construction progressive d'un certain nombre d'indices de développement [UNDP, 2005]⁴⁴¹.

Spécifiquement pour la santé, il n'existe pas, pour le moment, de métriques permettant d'appréhender l'état de santé général, qui prenne en compte les aspects multidimensionnels de la santé et la pluralité de ses déterminants. Une démarche consistant à développer un tel indice apparaîtrait particulièrement ambitieuse. Loin de prétendre à la réalisation d'un tel exploit, cette section entend simplement contribuer à l'amélioration de notre compréhension des différences dans l'application des deux approches (unidimensionnelle et multidimensionnelle) dans un contexte de développement, car elle apparaît comme un sujet de préoccupation pour les politiques de santé, en particulier dans les pays en développement. Cet objectif porte une dimension politique importante, car il est lié au fait que les inégalités de santé entre groupes de population sont essentiellement le reflet des inégalités entre les groupes de bien-être socioéconomique. Ces inégalités suggèrent de manière significative un effet contextuel en raison des facteurs qui échappent au contrôle des individus (alimentation, santé) et les choix individuels opérés (demande de santé), ou encore des deux. Il devient nécessaire d'explorer des pistes vers la définition d'indices simples et appropriés permettant de mesurer les effets d'adaptation et les bénéfices révélés de l'utilisation des services. Pour contribuer à ce vaste chantier, nous nous proposons dans cette section d'utiliser l'indice de

⁴³⁸ CHIAPPERO M.E. (1996), *Standard of Living Evaluation based on Sen's Approach: Some Methodological Suggestions*, in BALESTRINO & CARTER (eds.), 47-53.

⁴³⁹ ANAND S., SEN A-K. (1994), *Human Development Index: Methodology and Measurement*, Occasional Paper 12, United Nations Development Programme, Human Development Report Office, New York.

⁴⁴⁰ BAGOLIN I., ÁVILA R. (2006) « Poverty distribution among the Brazilian states: a multidimensional analysis using capabilities and needs approaches », *Anais do XXXIV Encontro Nacional de Economia* [Proceedings of the 34th Brazilian Economics Meeting].

⁴⁴¹ UNDP - United Nations Development Programme (1995), *Human Development Report 1995*. New York: Oxford University Press, Technical notes 1 and 2 and chapter 3.

concentration de santé en comparaison avec un indice composite de santé (mesure de l'impact) où les interactions entre les investissements dans la santé (côté offre), le capital humain et les capacités (côté demande) sont étroitement liées.

4.3.1. Les données, les variables et le cadre d'analyse

4.3.1.1. Les données

Pour illustrer notre démarche, nous avons considéré les données quantitatives provenant des 3 enquêtes EDS réalisées au Cameroun (EDS 1991, 1998 et 2004) par l'Institut National de la Statistique, avec l'assistance technique de Macro International Inc. Ces enquêtes ont recueilli les informations auprès des échantillons nationaux représentatifs des ménages à travers 4.685 personnes interrogées (3.538 ménages) en 1991, 8.063 (4697 ménages) en 1998, et 15.936 (10 462 ménages) en 2004. Les enquêtes étant basées sur les mêmes caractéristiques, les résultats sont à tous égards comparables. Malgré la richesse des informations inhérentes aux EDS, leur utilisation entraîne des contraintes analytiques, en particulier lorsque la pauvreté doit être évaluée.

En effet, les EDS du Cameroun - comme la plupart des EDS - ne recueillent pas les renseignements sur les dépenses des ménages ou le revenu. Ainsi, il est impossible de prendre en compte, par exemple, la consommation ou les dépenses par habitant comme indicateur du niveau de vie. Dans de telles circonstances, nous approximations le niveau de vie des ménages au moyen des actifs en leur possession - à l'exception des biens fonciers - qui fournissent une mesure alternative du bien-être. Ainsi, un ensemble de variables axées sur les actifs des ménages a été utilisé pour construire les indicateurs proxys de revenu/consommation. Ces variables ont ensuite été pondérées en utilisant l'analyse factorielle, notamment l'Analyse en Composantes Principales (ACP) pour construire l'indicateur synthétique proxy du revenu à partir des informations sur les caractéristiques de l'habitat, les biens durables du ménage et la taille du cheptel. La démarche consiste à appliquer une ACP normée à l'ensemble des *variables rendues ordinales* et de considérer la *première composante* (qui explique la plus grande variance des données dans une ACP), comme le proxy du revenu, une méthode de classification des individus par catégorie

suivant les 5 quintiles de bien-être socio-économique [MONTGOMERY *et al.*, 2000⁴⁴² ; GWATKIN *et al.*, 2007⁴⁴³; FILMER et PRITCHETT, 2001⁴⁴⁴].

4.3.1.2. *Les variables*

Nous avons focalisé notre analyse sur deux des trois variables dépendantes fréquemment utilisées comme étant critiques pour la santé maternelle et infantile (immunisation – couverture en DTC3 - et l'accouchement institutionnel - assistance à l'accouchement par un personnel de santé qualifié). Pour construire l'indice composite de santé, le taux de mortalité des moins de cinq ans - TMIJ - a été utilisé comme un « vecteur de fonctionnement ». La région de résidence a été incluse dans le modèle analytique pour évaluer les effets de la localisation régionale sur la distribution de la santé et son impact en matière de disparités régionales.

4.3.1.3. *Le cadre d'analyse*

a. La mesure des inégalités à l'aide de l'indice de concentration: une approche unidimensionnelle.

Nous utilisons ici l'indice de concentration de santé proposé par WAGSTAFF *et al.* [1991]⁴⁴⁵ pour mesurer les inégalités relatives de santé liées au revenu. Cette mesure prend en compte la distribution de la santé entre les groupes de revenus sous la forme d'une constante ou d'une variable dichotomique. Elle répond aux trois exigences minimales pour évaluer les inégalités socioéconomiques de santé: (i) reflète la dimension socioéconomique des inégalités de santé, (ii) reflète les expériences de toute une

⁴⁴² MONTGOMERY M.R., GRAGOLATI M., KARTHELEEN A. B, EDMUNDO P. (2000), « Measuring living standards with proxy variables », *Demography*, 37 (2), 155-174.

⁴⁴³ GWATKIN D.R., RUTSTEIN S., JOHNSON K., SULIMAN E., WAGSTAFF A., AMOUZOU A. (2007), *Socioeconomic differences in Health, Nutrition and Population within developing countries – An overview*. Washington DC, the World Bank.

⁴⁴⁴ FILMER D., PRITCHETT L.H. (2001), « Estimating wealth effects without expenditure data or tears: an application to educational enrolments in states of India », *Demography*, 38 (1), 115-132.

⁴⁴⁵ WAGSTAFF A., PACI P., VAN DOORSLAER E. (1991), « On the measurement of inequalities in health », *Social Science and Medicine*, 33, 545-557.

population, (iii) est sensible aux changements dans la répartition de la population suivant les groupes socioéconomiques [WAGSTAFF *et al.*, 1991⁴⁴⁶; HUMPHRIS et VAN DOORSLEAR, 2000⁴⁴⁷]. Le CI peut être écrit de différentes façons, mais l’une des plus citées qui peut être simplement calculée en fonction de données au niveau individuel s’énonce mathématiquement suivant la formule :

$$CI = \frac{2}{n\mu} \sum_{i=1}^n h_i R_i - 1 - \frac{1}{n}$$

où:

- h_i est la variable de santé d’intérêt pour la $i^{\text{ème}}$ personne;
- μ est la moyenne de h , pouvant être structurée sous la forme $\mu = \frac{1}{n} \sum_{i=1}^n h_i$;
- R_i est la $i^{\text{ème}}$ personne dans la distribution socioéconomique allant du plus défavorisé (plus pauvre) au moins défavorisé (plus riche) ;
- n est le nombre de personnes.

CI résume les mesures indiquant si l’état de santé se concentre davantage à un niveau inférieur ou supérieur de la structure socio-économique de la population. Les valeurs minimale et maximale de CI à partir des données individuelles sont -1 et +1: ceux-ci se produisent lorsque toute la santé de la population se concentre respectivement sur les groupes les plus et les moins défavorisés. S’il n’y a pas d’inégalité, elle vaut 0.

b. La mesure des inégalités à l’aide de l’indice multidimensionnel de santé

Nous avons fondé notre démarche sur l’indice de pauvreté humaine pour les pays en développement, un indice composite fondé sur trois dimensions - la santé (longévité),

⁴⁴⁶ WAGSTAFF A., PACI P., VAN DOORSLAER E. (1991), « On the measurement of inequalities in health », *Social Science and Medicine*, *op. cit.*

⁴⁴⁷ HUMPHRIES K, VAN DOORSLAER E. (2000), « Income-related inequalities in health in Canada », *Social Science and Medicine*, 50, 663-671.

l'éducation (taux d'alphabétisation) et les ressources (niveau de vie) - comme illustré ci-dessous [ANAND et SEN, 1994⁴⁴⁸; UNDP, 1995⁴⁴⁹].

$$HPI = \left[\frac{1}{3} (P_1^3 + P_2^3 + P_3^3) \right]^{1/3}$$

Où:

- P_1 est la probabilité de décéder avant l'âge de 40 ans (100 fois);
- P_2 est le taux d'analphabétisme chez les adultes;
- P_3 est la population moyenne non pondérée n'utilisant pas une source d'eau améliorée et les enfants en situation d'insuffisance pondérale.

Cette formule de base a été appliquée à l'indice de santé en identifiant les « vecteurs de fonctionnement » à la fois du côté de l'offre de santé (disponibilité des services) et de la demande de santé (utilisation des services - participation et résultats finaux). Chaque vecteur de fonctionnement donne un espace propice pour appréhender une privation par rapport à l'état de santé. L'indice de santé a de ce fait été construit à partir de trois indicateurs principaux : l'offre des services de santé, la mortalité infanto-juvénile et l'utilisation des services de santé. Le premier indicateur mesure la disponibilité des lits et des médecins pour mille habitants (HSI). La demande en lits et en médecins se fonde sur l'hypothèse d'incitation qui stipule que « *l'augmentation de l'offre en lits et en médecins génère une demande correspondante de leurs services* » [RICE et LABELLE, 1989]⁴⁵⁰. Les 2 autres indicateurs mesurent les résultats de la politique de santé au sein de la population à travers le taux de mortalité infanto-juvénile (IMI) et l'indice de l'utilisation des services (SUI), respectivement. Notre choix part de l'hypothèse qu'une fois la répartition équitable de la santé est définie, une fonction de production de santé peut rendre compte de la

⁴⁴⁸ ANAND S., SEN A-K (1994), *Human Development Index: Methodology and Measurement*. Occasional Paper 12, United Nations Development Programme, Human Development Report Office, New York.

⁴⁴⁹ UNDP - United Nations Development Programme. (1995), *Human Development Report 1995*. New York: Oxford University Press, Technical notes 1 and 2 and chapter 3.

⁴⁵⁰ RICE T. H., LABELLE R. J. (1989), « Do Physicians Induce Demand for Medical Services? », *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 14 (3), 587-600.

répartition exacte des soins de santé qui permettrait d'atteindre l'objectif d'équité. Il établit ainsi une relation causale entre le volume des soins de santé reçus et l'état de santé atteint.

$$HI = \frac{1}{3} (HSI + IMI + SUI)$$

L'indice d'offre de santé est une agrégation de 2 sous-indices correspondant à l'offre en lits et à l'offre en médecins, chaque sous-indice ayant le même poids (1/2) dans le calcul de l'indice d'offre de santé. Le même calcul est fait pour l'indice de l'utilisation des services (SUI) utilisant la couverture en DTC3 (SU_{DPT3}) et l'accouchement institutionnel (SU_{ID}). Pour définir les seuils, nous avons utilisé les paramètres recommandés par l'Organisation Mondiale de la Santé [WHO, 2006]⁴⁵¹ qui considère comme raisonnables 4,5 lits pour mille habitants et 1 médecin pour dix mille habitants. Les paramètres ont été construits suivant ces normes internationales. Pour les autres sous-indices, les valeurs minimales et maximales ont été définies d'après la classification de l'UNICEF dans son Rapport Mondial sur la situation des femmes et des enfants en 2005 [UNICEF, 2006]⁴⁵². Les taux extrêmes (maximum et minimum) ont été obtenus en considérant la classification des 15 premiers et des 15 derniers pays. Le calcul des indices d'offre et d'utilisation des services s'est fait suivant les formules mathématiques ci-après :

L'indice agrégé de santé est obtenu par combinaison des 3 sous-indices (HSI, IMI, SUI), avec chacun contribuant à 1/3 de la valeur finale de l'indice.

$$HS = \frac{1}{2} (HS_{beds} + HS_{doctors}) \text{ et } SU = \frac{1}{2} (SU_{DPT3} + SU_{ID})$$

L'indice de santé peut alors être mathématiquement représenté comme suit :

$$HI = \frac{1}{3} \left[\frac{HS_{beds} + HS_{doctors}}{2} + IMI + \frac{SU_{DPT3} + SU_{ID}}{2} \right]$$

⁴⁵¹ WHO - World Health Organization. (2006), *World health report: working together for health*. Geneva: Author.

⁴⁵² UNICEF (2006), *State of the world's children in 2005*. New York: Oxford University Press.

Tous les sous-indices ont été calculés en utilisant la théorie des sous-ensembles flous fondée par ZADEH [1965⁴⁵³, 1978⁴⁵⁴], puis développée par DUBOIS et PRADE [1980]⁴⁵⁵, et qui fournit une méthode de calcul séduisante.

$$\mu_A(x) = \begin{bmatrix} 0 & \text{si } x \leq x_{\min} \\ \frac{(x - x_{\min})}{(x_{\max} - x_{\min})} & \text{si } x_{\min} < x < x_{\max} \\ 1 & \text{si } x \geq x_{\max} \end{bmatrix}$$

Tableau 23. Capabilités et vecteurs de fonctionnement correspondants

Capabilités	Vecteurs de fonctionnement	Valeurs seuils	x_{\min}	x_{\max}
Offre : services de santé	Disponibilité en lits	4,5 pour mille habitants [WHO, 2005]	1,5	7,5
	Disponibilité en médecins	1 pour 10 mille habitants [WHO, 2005]	0	2
Demande: Utilisation des services disponibles	Couverture en DTC3	Calculés à partir de la moyenne des 15 pays avec les meilleures et les pires performances	31,1	79,6
	Accouchement institutionnel		25,5	74,6
Demande : Impacts sur la santé	Mortalité infanto-juvénile ⁴⁵⁶		83,4	204,9

⁴⁵³ ZADEH L.A. (1965), « Fuzzy Sets », *Information and Control*, 8(3) 338–353.

⁴⁵⁴ ZADEH L.A. (1978), «Fuzzy sets as a basis for theory of possibility», *Fuzzy Sets and Systems*, 1, 3-28.

⁴⁵⁵ DUBOIS D., PRADE H. (1980), *Fuzzy Sets and Systems, Theory and Applications*, Academic Press, 393p.

⁴⁵⁶ Pour le calcul de la mortalité infant-juvénile, le calcul de l'indice devient:

$$\mu_A(x) = \begin{bmatrix} 0 & \text{si } x \geq 204.9 \\ \frac{(x - 204.9)}{(83.4 - 204.9)} & \text{si } 83.4 < x < 204.9 \\ 1 & \text{si } x < 83.4 \end{bmatrix}$$

4.3.1.4. Traitement statistique

Toutes les analyses ont été effectuées séparément pour les enquêtes EDS de 1991, 1998 et 2004 au lieu de mettre en commun les données de sorte que les résultats obtenus dans les trois échantillons puissent être comparables pour mieux saisir les tendances des inégalités. Les résultats bivariés présentés ont été pondérés et ajustés. L'analyse des données a eu lieu en plusieurs étapes. Dans un premier temps, les variables ont été dichotomisées à partir de leurs propriétés distributionnelles (oui = 1, sinon = 0). Toutes les estimations ont été obtenues en utilisant le logiciel statistique SPSS 16.0.

4.3.2. Les résultats du modèle d'analyse

4.3.2.1. Distribution de l'accès aux soins mesuré à travers les indices de concentration

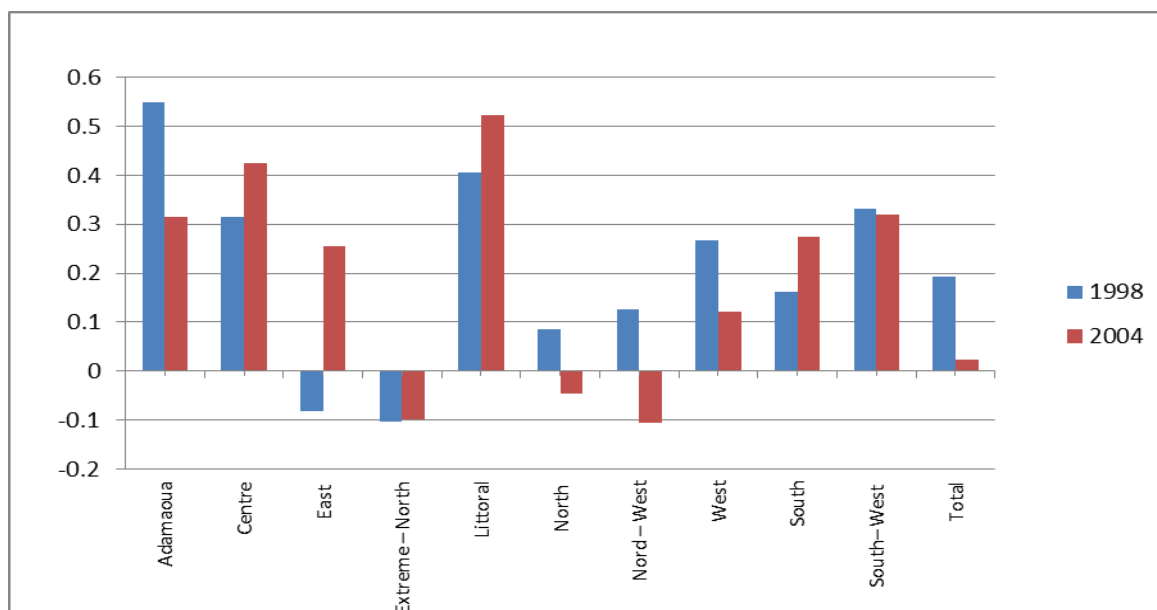
Nous réitérons le fait que cette étude contribue simplement à proposer les repères méthodologiques de développement d'un indice multidimensionnel de santé pour une application empirique facile et flexible, et n'a aucunement l'ambition de formaliser un indice. A partir de la formule proposée par WAGSTAFF *et al.* [2002]⁴⁵⁷, le calcul des IC a donné des résultats intéressants, car ils permettent d'évaluer séparément les performances en termes de couverture vaccinale et de l'assistance à l'accouchement, et de dégager les disparités régionales. Sans surprise, on constate une distribution inéquitable pour chacune de ces 2 variables qui s'exprime largement en faveur des plus riches. Vivre dans certaines régions peut également être synonyme de difficultés d'accès à ces services, étant donné que les IC montrent clairement l'ampleur des inégalités qui varie fortement d'une région à l'autre.

Les graphiques 47 et 48 montrent des IC suivant une distribution spatiale (régions) et temporelle (sur la période 1998 - 2004). La position des barres exprime, suivant la ligne horizontale, l'ampleur et l'orientation des inégalités. Une position au-dessous de l'axe horizontal signifie que l'accès au service mesuré est davantage concentré au niveau des catégories socio-économiques les plus défavorisées ; inversement, une position au-dessus

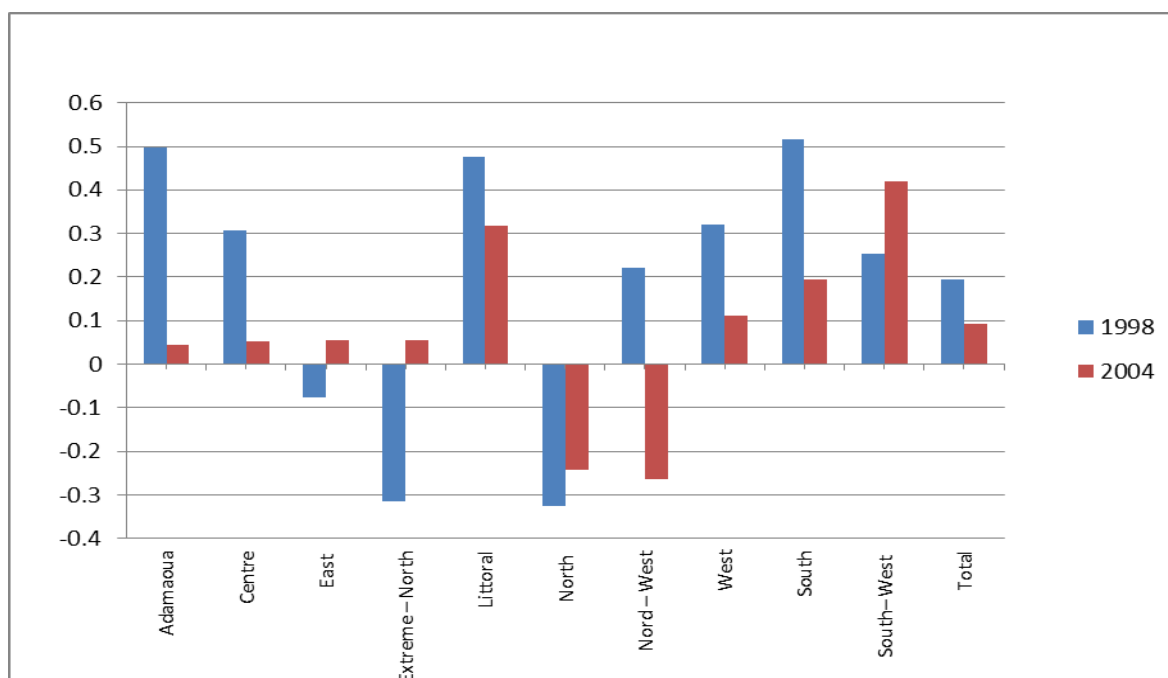
⁴⁵⁷ WAGSTAFF A. [2002]. Pauvreté et inégalités dans le secteur de la santé. *Bulletin of the World Health Organization*, *op. cit.*

de l'axe horizontal signifie qu'il est plus concentré dans les catégories socioéconomiques les moins défavorisées. La hauteur de la barre correspond à l'ampleur de l'inégalité. En ce qui concerne les inégalités liées au statut socioéconomique, à l'exception de l'Extrême-Nord (IC = 0,104) et de l'Est (IC = 0,083), l'accouchement institutionnel en 1998 était plus concentré dans les catégories socioéconomiques élevées, avec les régions de l'Adamaoua, du Littoral, du Centre et du Sud-Ouest présentant les écarts les plus importants. En 2004, seules quelques régions ont montré de meilleures performances en faveur des groupes défavorisés ou ont maintenu leur niveau de performance (Adamaoua, Extrême-Nord, Nord, Ouest et Sud-Ouest). Pour la couverture en DTC3, toutes les régions ont observé une diminution significative de l'inégalité socio-économique, à l'exception du Sud-Ouest (avec un IC de 0,252 en 1998 contre 0,420 en 2004). L'observation la plus controversée, mais intéressante, vient des régions du Nord et du Nord-Ouest où l'utilisation des services de DTC3 connaît un changement de configuration, d'une distribution pro-pauvre en 1998 à une distribution pro-riche en 2004. Toutefois, pour l'Extrême-Nord, le sens de l'inégalité reflète un déclin en faveur des pauvres pour les deux années.

Graphique 48. Distribution des IC pour l'accouchement institutionnel en 1998 et 2004



Graphique 49. Distribution de la couverture en DTC3 en 1998 et 2004



4.3.2.2. Distribution de l'accès aux soins mesurée à travers l'indice composite de santé

Etant donné que cet indice de santé est construit par agrégation de cinq vecteurs de fonctionnement, son interprétation ne peut se faire que sur une base d'échelle. Le défi à ce stade est de savoir comment définir l'échelle de cet indice dans un contexte caractérisé par la pauvreté généralisée qui se conjugue avec des tableaux inquiétants de morbidité et de mortalité. L'Indice de Développement Humain classe les régions de 0 à 0,49 comme étant pauvres, celles de 0,50 à 0,79 comme ayant un niveau modéré de pauvreté et celles qui ont une valeur de 0,80 ou plus comme ayant de faibles niveaux de pauvreté. Cette classification a facilité notre analyse et interprétation de l'Indice composite de santé. Nous avons ainsi proposé des intervalles plus flexibles, aucune région n'ayant obtenu un score de 0,80 ou plus sur les 2 années.

Tableau 24. Indice multidimensionnel de santé en 1998 et 2004

<i>Régions</i>	1998				2004			
	HSI	IMI	SUI	HI	HSI	IMI	SUI	HI
Adamaoua								
Centre	0.19	0.23	0.12	0.18	0.22	0.57	0.37	0.39
Est	0.46	0.93	0.67	0.69	0.56	0.70	0.85	0.70
Extrême – Nord	0.16	0.00	0.16	0.11	0.50	0.15	0.66	0.44
Littoral	0.05	0.00	0.00	0.02	0.08	0.16	0.27	0.17
Nord	0.34	0.90	0.69	0.64	0.50	0.76	1.00	0.75
Nord – Ouest	0.09	0.25	0.17	0.17	0.33	0.00	0.13	0.15
Ouest	0.18	1.00	0.77	0.65	0.22	0.87	1.00	0.70
Sud	0.21	0.97	0.64	0.61	0.33	0.65	1.00	0.66
Sud– Ouest	0.16	0.60	0.45	0.40	0.18	0.42	0.77	0.46
Ensemble	0.48	0.32	0.59	0.46	0.74	0.50	1.00	0.75
	0.21	0.44	0.34	0.35	0.31	0.50	0.72	0.51

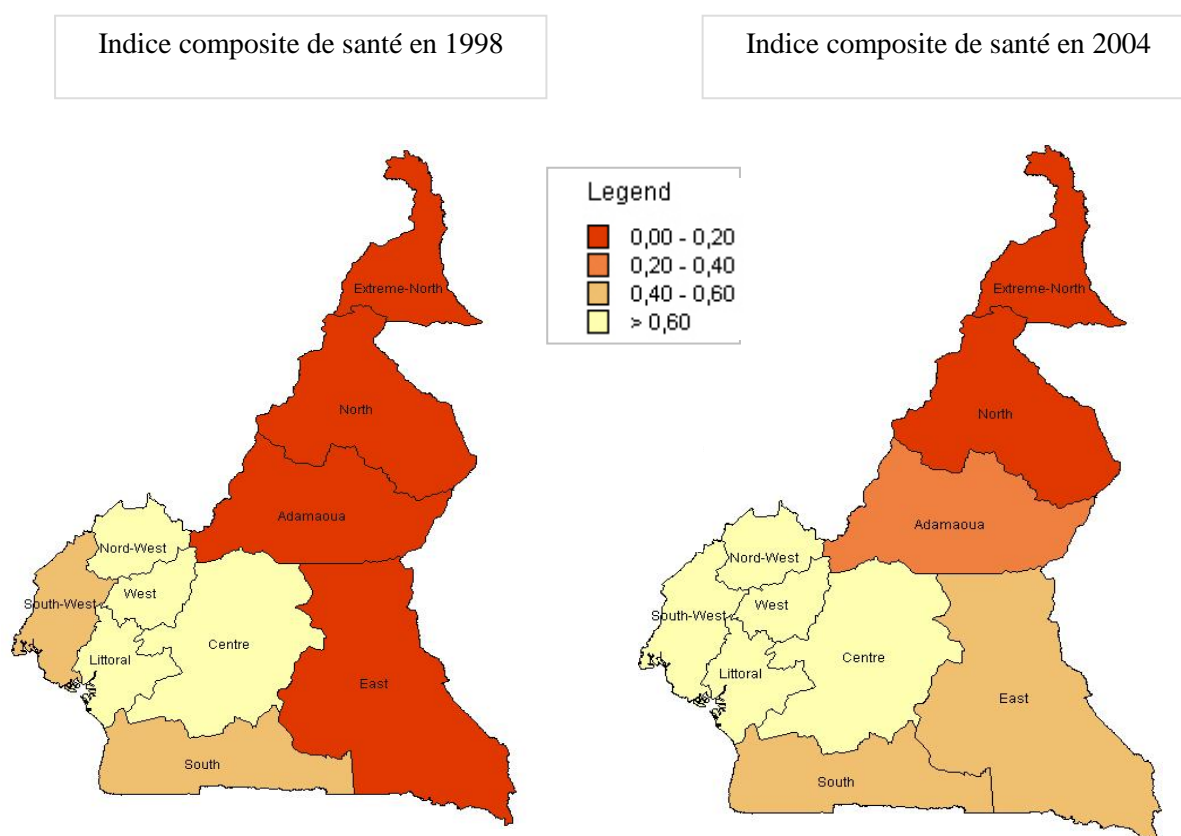
**Les valeurs en gras sont celles en dessous de la moyenne nationale*

En règle générale, l'indice de santé a sensiblement augmenté de 1998 à 2004, passant d'une moyenne nationale de 0,35 à 0,51, en raison de l'augmentation significative de l'offre de santé qui a induit une demande correspondante dans l'utilisation des services de

santé ; ce que confirment nos analyses sur la progressivité des transferts à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. L'hypothèse d'incitation s'en trouve alors vérifiée. D'après le tableau 24, on constate que l'offre des services de santé est en corrélation avec son utilisation et l'évolution de la mortalité des moins de cinq ans. La région du Nord apparaît comme la moins performante avec un HI de 0,15, suivie de l'Extrême-Nord (0,17), de l'Adamaoua (0,39), de l'Est (0,44) et du Sud (0,46). Exemption faite pour le Nord, toutes les régions présentent une légère augmentation de l'indice de santé entre 1998 et 2004.

Afin de permettre une meilleure visualisation des écarts de performances entre 1998 et 2004 tels que mesurés à travers les indices de concentration et l'indice multidimensionnel de santé pour chaque variable dépendante étudiée, nous avons représenté les tendances sur une distribution cartographique. A partir de cela, nous pouvons observer une association entre les résultats de santé, la pauvreté et les zones géographiques. Les régions à faible HI sont celles qui présentent également les graves privations et une pauvreté généralisée (suivant la classification régionale de la pauvreté au chapitre 1). Par ailleurs, les régions au sein de la même échelle de valeur semblent se regrouper sur une base géographique.

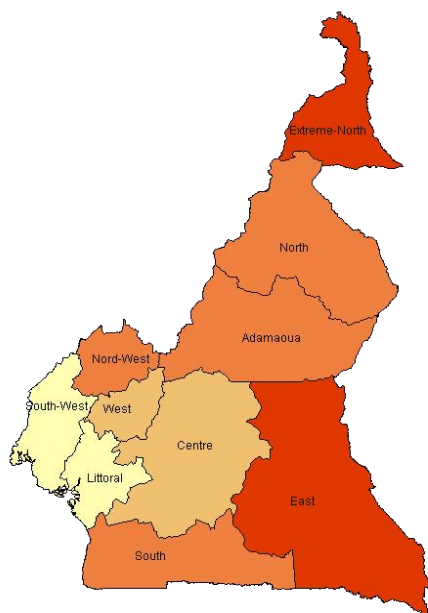
Graphique 50. Distribution spatiale et évolution de l'indice santé entre 1998 et 2004



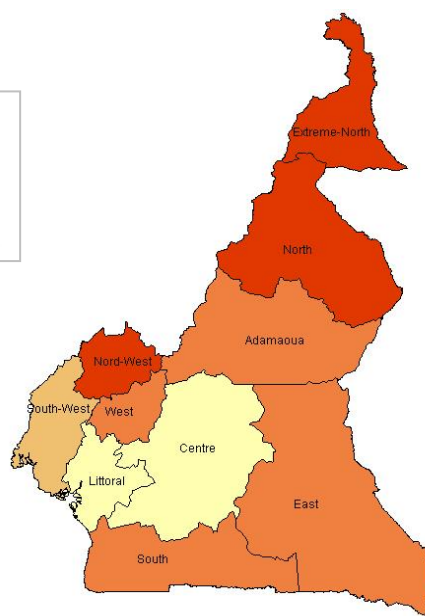
L'illustration formelle de l'analyse de la régression à travers l'IC à laquelle nous nous sommes prêté nous fait remarquer que cette approche dite unidimensionnelle a un double avantage en ce sens qu'elle permet d'inclure tous les répondants dans son calcul, et génère des résultats qui sont sensibles aux changements de la situation socio-économique des individus. Cependant, l'IC reste limité dans son application, par le fait que sa compréhension ne devient optimale que si une stricte variable de classement socio-économique, comme le revenu, est disponible. Aussi, les informations manquantes peuvent fausser le calcul de l'IC dans la mesure où chaque individu est pris en compte dans l'analyse. Dans notre cas, ce risque reste minime, étant donné que le pourcentage des sujets présentant des informations manquantes reste faible.

Graphique 51. Distribution spatiale et évolution de l'indice de concentration pour l'accouchement institutionnel et de la couverture en DTC3

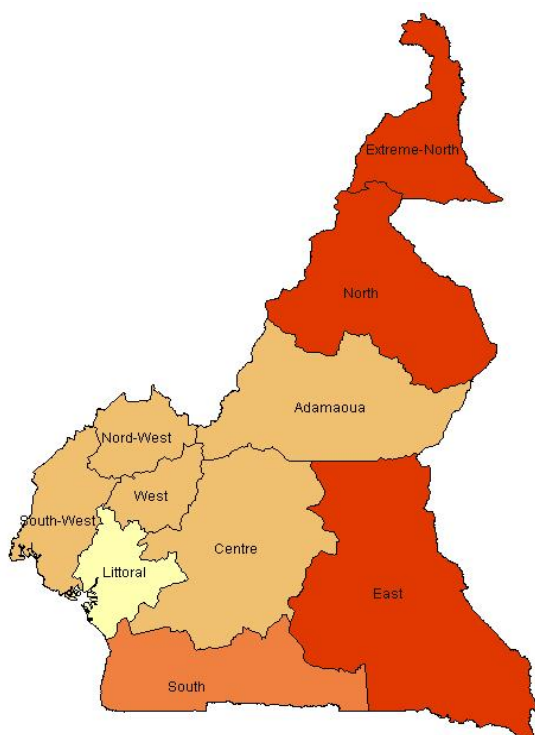
IC pour l'accouchement institutionnel en 1998



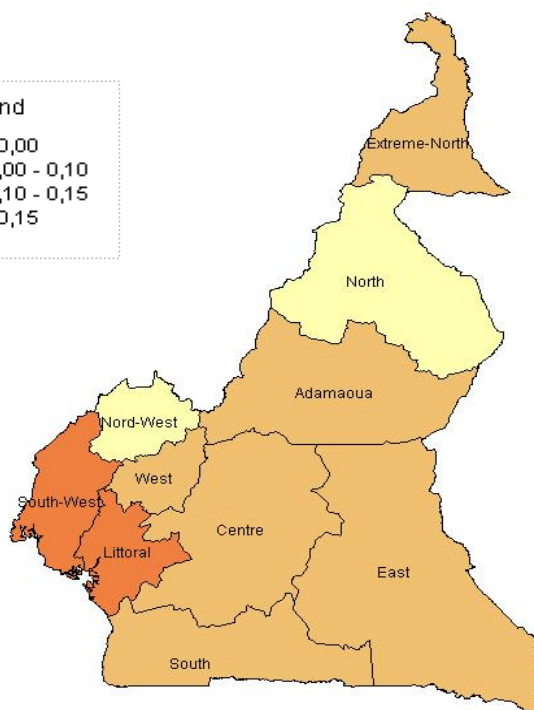
IC pour l'accouchement institutionnel en 2004



IC pour la couverture en DTC3 en 1998



IC pour la couverture en DTC3 en 2004



Il apparaît clairement que les inégalités dans la distribution de la couverture vaccinale en DTC3 et de l'assistance à l'accouchement varient suivant les catégories socioéconomiques et les régions au fil du temps, et suggère une relation entre le statut socioéconomique et le niveau de santé qui doit aller au-delà de la simple catégorisation (par exemple, faible, moyen, élevé) pour exploiter une gamme plus complète de facteurs discriminants comme l'ont suggéré MACKENBACH et KUNST [1997]⁴⁵⁸. Ainsi, la prise en compte d'un indice de santé multidimensionnel dans l'analyse permet de mettre en lumière les lacunes de la classification socioéconomique en tenant compte de divers facteurs contextuels qui pourraient avoir une incidence égale ou supérieure sur les indicateurs de santé suivant une désagrégation régionale.

Les régions du Nord et de l'Extrême-Nord apparaissent non seulement comme étant des zones géographiques critiques (avec des HI de 0,15 et 0,17 respectivement), mais aussi comme celles où aucune amélioration des indices n'a été observée au cours de la période de référence. Ces régions correspondent, par ailleurs, aux plus démunies, car elles correspondent à celles qui ont les indices de développement humain les plus faibles, suivies de l'Adamaoua, de l'Est et du Sud [DSCE, 2009]. L'indice de santé suit un gradient qui respecte une certaine affiliation géographique. Les régions avec une plus grande performance (HI élevé) semblent clairement se concentrer dans la partie centrale et occidentale du pays. Ces régions (en particulier celles du Centre et du Littoral) sont aussi celles qui présentent les plus grandes inégalités entre les différentes catégories socioéconomiques [DSRP, 2003]. La performance obtenue en matière de vaccination dans les régions septentrionales est certainement le résultat d'une conjonction de facteurs, y compris les interventions pro-communautaires à large échelle et à haut impact, comme les campagnes de vaccination sous forme de Journées Nationales et Locales de Vaccination en stratégie avancée qui réduisent les coûts indirects des utilisateurs de services. Ce dernier aspect traduit une implication politique importante, car l'on pourrait se demander si les différences de santé entre le lieu de résidence (rural-urbain, régions) ne font que refléter les inégalités entre les groupes socio-économiques ou, plus important encore,

⁴⁵⁸MACKENBACH J.H., KUNST A.E. (1997), « Measuring the magnitude of socio-economic inequalities in health: an overview of available measures illustrated with two examples from Europe », *Social Science and Medicine*, 44 (6), 757-771.

suggèrent un effet contextuel de la situation sanitaire générale ou de la pertinence des stratégies [KAWACHI *et al.*, 2002]⁴⁵⁹.

La proportion d'accouchements institutionnels a diminué pour tous les quintiles de bien-être socioéconomique, même si une légère augmentation a été observée pour les bas quintiles en 2004. Comme indiqué précédemment, la probabilité d'utilisation des services génère des informations principalement sur les visites initiales (à la naissance), et révèle peu de choses sur le volume et la qualité globale des services utilisés (complets ou incomplets, de bonne ou de mauvaise qualité). Or, le volume et la qualité déterminent la mesure de l'équité dans la distribution des soins de santé. Ainsi, les recherches futures devraient s'attaquer à ce problème afin de générer plus d'informations qui permettraient de réduire les écarts d'équivalence. Pour évaluer les réalisations de la mise en œuvre des politiques de santé, il est important de ne pas considérer uniquement la moyenne (efficacité), ni seulement les inégalités (équité), mais les deux.

L'objectif de cette partie n'était pas de mesurer les inégalités en soi, ce qui a été largement fait dans le chapitre précédent, mais plutôt de mettre en relief l'importance des variations des inégalités suivant la mesure et la variable d'intérêt. Une région peut avoir de bien meilleures performances sur une seule dimension (par exemple la vaccination) et réaliser de piètres performances dans l'autre dimension (par exemple, les soins prénatals ou l'assistance à l'accouchement). Les régions du Littoral et du Centre correspondant respectivement aux capitales économique et politique du pays, ont les plus hauts niveaux de HI, mais les inégalités entre les plus pauvres et les riches restent très importantes. La même chose est avérée pour le Sud-Ouest. En revanche, les régions du Nord et de l'Extrême-Nord ont des HI extrêmement faibles. Ces résultats sont cohérents avec une plus récente étude menée pour évaluer l'évolution des inégalités sous-nationales de la mortalité néonatale et infantile au Brésil [SOUZA *et al.* 2010]⁴⁶⁰ et de la malnutrition des

⁴⁵⁹ KAWACHI I., SUBRAMANIAN S.V., ALMEIDA-FILHO N. (2002), « A glossary for health inequalities », *Journal of epidemiology and community health* 56 (9), 647-652.

⁴⁶⁰ SOUSA A, HILL K., DAL POZ M. R. (2010), « Sub-national assessment of inequality trends in neonatal and child mortality in Brazil », *International Journal for Equity in Health*, 9-21.

enfants en Inde [PATHAK, 2009]⁴⁶¹ et plaident pour une plus grande importance à accorder au suivi des OMD au niveau sous-national de manière à mieux capter les inégalités structurelles et les lacunes du ciblage dans les interventions. Ainsi, il existe un besoin pour les évaluateurs de prendre en compte les inégalités ainsi que la moyenne de l'état de santé dans l'évaluation globale des réalisations dans le secteur de la santé.

⁴⁶¹ PATHAK P. K. (2009), *Geographical variation in poverty and child malnutrition in India. Population, Poverty and Health: Analytical Approaches*. Hindustan Publishing Corporation, New Dehli, IndiaSingh KK, Yadava RC, Pandey P.

CONCLUSION DU CHAPITRE 4

Le présent chapitre a abordé de façon approfondie un certain nombre de problèmes liés au ciblage des dépenses publiques de santé, et qui a un impact significatif non seulement sur les recours aux services publics de santé, mais aussi sur la satisfaction tirée de l'utilisation des services. Nous avons contribué à dégager des conclusions qui ne sont pas toutes évidentes. D'abord, bien que les variables individuelles ne soient pas contrôlées, l'analyse de l'incidence des dépenses publiques de santé permet de vérifier l'hypothèse selon laquelle ces dernières sont inégalement réparties entre les différentes catégories socio-économiques, les pauvres profitant moins des transferts orientés vers les structures hospitalières que des centres de santé intégrés qui constituent la première ligne en matière de SSP. Ensuite, la structure actuelle des dépenses de santé reste un frein à l'accès aux soins. Il faut rappeler que le Cameroun apparaît comme l'un des premiers pays au monde où le paiement direct constitue l'essentiel du moyen de financement des soins (autour de 95% contre moins de 25% dans certains pays – voir graphique 30). Le malade finance presque toutes les étapes du circuit de soins en déboursant au préalable la somme nécessaire pour bénéficier des services (*out-of-pocket*) qui se font à l'acte pratiqué et essentiellement à sens unique. Le praticien reste dans le circuit des soins le pôle de décision en matière de tarification des actes et autres services offerts. Ceci maintient les populations dans une gestion au coup par coup de leurs problèmes de santé, les enfants de moins de 5 ans et les personnes de plus de 60 ans constituant les couches les plus vulnérables.

Le fait intéressant à propos de l'approche par les capacités est que même pour l'évaluation d'une politique ou d'un programme couvrant des microrégions (districts sanitaires, aires de santé, municipalités, etc.), l'indice multidimensionnelle de santé peut être appliqué pour mesurer la distribution spatiale de l'état de santé à partir des données collectées à un niveau décentralisé (référence au système national d'information sanitaire - SNIS). Il donne également une grande flexibilité en termes de choix des vecteurs de fonctionnement suivant l'objet de l'évaluation (insuffisance pondérale, disponibilité et utilisation des moustiquaires imprégnées d'insecticide, utilisation d'un service offert,

prévalence d'une maladie, etc.). Cependant, même si plusieurs implications politiques peuvent découler de cette étude, il subsiste quelques préoccupations à prendre en considération étant donné les limites des deux approches, liées à la nature des données et des techniques utilisées.

Tout d'abord, même si les enquêtes démographiques et de santé sont assez robustes, la fiabilité des données qu'elles produisent sur les inégalités sociales de santé a parfois été mise en cause en raison du biais de perception que les personnes issues des différentes catégories socio-économiques peuvent avoir sur leur état de santé [YIENGPRUSAWAN *et al.*, 2007]⁴⁶². En outre, ces enquêtes ne recueillent pas les données sur le revenu des ménages ou sur les dépenses qui sont les indicateurs classiques utilisés pour mesurer la richesse. L'indicateur de bien-être socioéconomique basé sur les actifs des ménages ne produit pas des résultats identiques à ceux obtenus à partir des mesures directes du revenu ou des dépenses de consommation ; même lorsque ces données sont disponibles, il est difficile comme nous l'avons déjà constaté au premier chapitre, de les collecter de manière exhaustive. En outre, la création de l'indice de bien-être économique repose sur l'hypothèse que les variables sous-jacentes de l'indicateur sont fortement corrélés [FILMER et PRITCHETT, 2001⁴⁶³; SCHELLENBERG *et al.*, 2003⁴⁶⁴].

Deuxièmement, nos données indiquent que l'analyse de l'équité ne doit pas seulement se limiter à la classification des différents statuts socioéconomiques (des plus pauvres aux plus riches), mais aller en profondeur en considérant d'autres facteurs qui pourraient avoir une incidence égale ou supérieure sur la distribution des résultats de santé au sein des différents groupes de population en tenant compte des facteurs contextuels. Bien qu'une grande variété de facteurs contextuels et socioculturels agisse indiscutablement sur les résultats en matière de santé suivant le cadre conceptuel développé par WAGSTAFF [2002],

⁴⁶² YIENGPRUSAWAN V., LIM L.L., CARMICHAEL G., SIDORENKO A., SLEIGH A. (2007), « Measuring and decomposing inequity in self-reported morbidity and self-assessed health in Thailand », *International Journal for Equity in Health*, 6 (23), 1-17.

⁴⁶³ FILMER D., PRITCHETT L.H. (2001), « Estimating wealth effects without expenditure data or tears: an application to educational enrolments in states of India », *Demography*, 38 (1), 115-132.

⁴⁶⁴ SCHELLENBERG J.A., VICTORA C.G., MUSHI A., DE SAVIGNY D., SCHELLENBERG D., MSHINDA H., BRYCE J. (2003), « Inequities among the very poor: health care for children in rural southern Tanzania », *The Lancet*, 1-6 (*published on line*).

une définition uniforme de l'indice multidimensionnelle de santé dans un tel contexte ne peut pas capturer les dimensions régionales qui présentent de grandes disparités en termes de développement économique et social. En revanche, cet indice composite de santé apparaît comme un « traceur » qui intégrerait une large gamme de dimensions. Le HI révèle une différence systématique dans les niveaux globaux de santé entre les régions, mais ne peut pas examiner l'impact des influences sociales sur la santé suivant une distribution intra-régionale (facteurs contrefactuels). Il s'agit d'un indice synthétique approprié qui peut être introduit dans l'évaluation des politiques de santé comme une approche complémentaire donnant des informations cohérentes avec beaucoup de souplesse dans le choix des vecteurs de fonctionnement et d'échelle d'intervention, mais ne peut substituer l'analyse quantitative des inégalités de santé mesurée par l'IC.

CONCLUSION GÉNÉRALE

Ce travail de recherche doctorale s'appuie sur le concept d'équité pour apporter une contribution aux réflexions sur l'évaluation des inégalités de santé au Cameroun, en abordant la question de l'accessibilité aux soins sous un angle nouveau. C'est l'aboutissement d'un travail relativement intuitif à quant à la problématique de l'affectation des ressources publiques au système de la santé (offre *versus* demande) en testant sa compatibilité avec l'objectif des SSP pour tous. Il s'est agi de mettre à l'épreuve empirique un certain nombre de théories et d'estimations économétriques. L'évaluation de la SSS comme modèle de politique publique a ainsi permis de déblayer le vaste champ du vieux conflit *efficacité versus équité* dans l'édition et la mise en œuvre des politiques publiques de santé dans un contexte de développement comme celui du Cameroun. L'équité est analysée à travers plusieurs approches en mobilisant un ensemble de matériaux issus de l'économie du bien-être, de l'approche néo-institutionnelle et de l'analyse des politiques publiques par les référentiels pour comprendre les ruptures qui conduisent à une recomposition sectorielle qui a du mal à concilier l'offre adaptée et la demande réelle de santé.

L'un des acquis que nous avons pu mettre en exergue à partir de plusieurs indicateurs monétaires et ceux liés aux privations à la santé est que l'amélioration globale de la santé masque de profondes disparités entre les différentes catégories socio-économiques. Loin de résorber la questions des inégalités face à la santé, la nouvelle politique publique,

soutenue par des mécanismes de financement fortement régressifs, affiche un bilan plutôt mitigé et appelle à une allocation rationnelle et équitable des ressources publiques du secteur de la santé comme un élément essentiel qui pourrait contribuer à surmonter les barrières financières (solvabilisation de la demande) et/ou socioculturelles et améliorer le niveau d'accès et d'utilisation des services délivrés.

Dans le second chapitre, nous sommes partis de l'idée que la santé est un facteur nécessaire de la croissance et du développement socioéconomique qui ne saurait être tirée par les seuls investissements prioritaires dans les secteurs productifs sans une véritable politique publique construite suivant un paradigme qui renforce l'accessibilité aux soins. Nous constatons que la conjonction de plusieurs déterminants enchevêtrés, dictés par des considérations purement économiques et un agenda international faiblement traduit a conduit à un modèle dissonant de politique publique. Les logiques sous-jacentes qui guident sa construction sont par conséquent porteuses d'écueils, ce qui a été déterminant dans le désajustement observé entre les prescriptions formulées et la réalité de la mise en œuvre. Sa construction suivant une approche *top-down* regorge des risques d'accentuation des inégalités d'accès aux soins qui se sont exprimées au cours de la mise en œuvre. Le reformatage d'un tel dispositif nécessite une réelle logique de redistribution visant plus d'équité dans l'optique d'une plus grande justice sociale.

De ce point de vue, la sollicitation de la multiplicité des facteurs qui gouvernent les changements institutionnels nous conduit à admettre l'inexistence d'un modèle canonique en la matière. Il n'en demeure pas moins que sans l'existence d'un projet économique clair et politiquement assumé, il y a tout lieu de s'attendre à ce que la quête d'une cohérence des réformes institutionnelles soit vaine. En d'autres termes, l'absence de cohérence de la réforme traduit l'absence de projet de réforme. Il n'est pas inutile de rappeler que c'est souvent sous la contrainte, prenant notamment la forme de déséquilibres financiers majeurs (déficits budgétaires, déficits des entreprises publiques...) ou de problèmes macroéconomiques préoccupants (balance des paiements), qu'apparaît la nécessité de mener des réformes sectorielles. Dans le cas spécifique du Cameroun, il semble que le durcissement des contraintes internationales découlant du mode d'insertion internationale de l'économie soit l'un des premiers signes annonciateurs des revirements en matière de

changement institutionnel durablement défavorable au discours égalitariste en santé, qui prévalait jusqu'au milieu des années 1980.

Ce travail nous conduit à valider l'hypothèse selon laquelle les chocs économiques domestiques ont été déterminants dans la dérégulation du système de santé avec, en prime, l'édiction d'une politique publique caractérisée par la perte du référentiel spécifique d'accessibilité. Ces chocs ont conduit à un certain essoufflement, qui a handicapé l'atteinte des objectifs internationaux et la génération d'effets visibles sur les populations. Les effets des inégalités d'accès renforcent l'inversion de configuration dans l'utilisation par les populations des structures formelles et informelles d'offre de services de santé, mettant à mal l'idée de financement pérenne du système. Ce positionnement à visée fortement économique a également amplifié un certain éloignement avec le référentiel de justice sociale qui occupe actuellement une place centrale dans l'agenda international.

Si la dynamique institutionnelle du secteur de la santé est fortement guidée par le cadre macro-économique qui contribue grandement à une reproduction néolibérale des référentiels sectoriels par les normes, les valeurs et les représentations qui conditionnent l'accessibilité aux soins, l'analyse de la concentration et de la progressivité des dépenses publiques se révèle utile dans la mesure où la quasi-totalité des services offerts au cours des différentes politiques sanitaires sont restées pro-riches. Aussi, il faut noter que les dépenses publiques dans les secteurs de la santé et de l'éducation sont considérées comme des principaux instruments de redistribution du revenu et de lutte contre la pauvreté dans les pays en voie de développement [WORLD BANK, 2006]⁴⁶⁵. En revanche, on constate que le défaut de redistribution est lui-même associé aux mécanismes financiers internationaux, annihilant ainsi le développement du capital humain et partant la croissance économique endogène. Le déséquilibre des rapports de force qui naît de cette insolvabilité de l'Etat face au service de la dette exprime le dilemme dans le jeu d'acteurs avec des communautés épistémiques très robustes par rapport aux autres.

La multitude d'acteurs et les cloisonnements et/ou distorsions qui vont en résulter, l'absence et/ou la faiblesse des mécanismes de coordination et de pilotage de l'action

⁴⁶⁵ WORLD BANK (2001), *World Development Report 2001, Attacking Poverty*. Oxford University Press, Oxford, 2001.

publique, notamment à cause des problèmes structurels et du manque de capacité institutionnelle, se sont imposés, rendant les décideurs publics impuissants face aux problèmes cruciaux du secteur. L'un des apports significatifs de notre travail réside dans le fait que l'évolution des indicateurs d'efficacité qui sont suivis dans le cadre du rapportage des OMD reste très limitée dans la mesure où l'effort reste consentit sur l'accélération des résultats globaux sans prendre en compte la question des inégalités. En questionnant cette évolution sous l'angle de l'équité, nous faisons remarquer que dans le contexte actuel, la plupart des indicateurs de santé ont connu une évolution en valeur absolue depuis plus d'une décennie, mais que si ces derniers sont ajustés aux inégalités, on arrive à une controverse. En effet, il est clairement démontré que les résultats sanitaires portent sur des déterminants qui dépassent le cadre biomédical, ce qui donne aux valeurs socioculturelles et communautaires un poids quasi-équivalent aux variables institutionnelles et organisationnelles.

L'influence du niveau de vie des ménages constitue dans cette logique un handicap majeur dans l'accroissement de l'inaccessibilité aux soins de santé et établit le lien entre la faiblesse des ressources (mesurée à travers les privations des biens et des services relatifs ou ayant une forte incidence sur la santé des populations) et la capacité à fonctionner (mesurée à travers la demande de soins et de médicaments, et l'utilisation des services de santé). La désaffectation des structures formelles de soins au profit des structures informelles entre 2001 et 2007 vient étayer cette affirmation, et l'infléchissement de la tendance actuelle passe nécessairement par la définition de mécanismes appropriés visant l'augmentation de la demande de soins. Une telle évolution n'est possible qu'à travers les mécanismes assurantiels mobilisant les systèmes sociaux traditionnels (mouvements mutualistes et mécanismes d'entraide), la redéfinition de la place de la médecine traditionnelle, et la mise en œuvre des programmes connexes pro-pauvres de transfert ciblés de fonds avec des conditionnalités de fréquentation des structures de santé (par les enfants, par exemple).

A partir des hypothèses théoriques qui fondent la nouvelle économie du bien-être, nous avons analysé l'allocation des ressources publiques dans le secteur de la santé, ce qui nous a permis de démontrer que celles-ci sont insuffisantes et faiblement ciblées. Les ressources allouées aux différents niveaux se sont montrés fortement régressives aux 2^{ème} et 3^{ème}

niveaux de la pyramide sanitaire. Les allocations qui profitent aux pauvres sont celles qui ciblent les centres de santé de 1^{er} niveau où sont délivrés les soins primaires. Toute subvention allant vers cette catégorie bénéficie autant aux pauvres qu'aux populations de la classe économiquement moyenne. Les investissements vers les centres du 1^{er} niveau devraient constituer une priorité en vue d'améliorer le niveau d'accès à la santé dans la mesure où les dépenses de santé contribuent également à l'appauvrissement des ménages (les pauvres font davantage face aux dépenses dites catastrophiques). Si l'objectif de ces politiques sanitaires est d'augmenter le stock du capital humain de manière à constituer une main d'œuvre active permettant pour accroître la performance économique du pays, il y a lieu de mettre en place des mécanismes d'atténuation de la perte des moyens de subsistance par les ménages à causes des crises sanitaires. Il est également important de valoriser le potentiel pharmacologique national de manière à élargir les possibilités de choix des patients pour la plupart maintenus dans la médecine traditionnelle.

L'analyse approfondie des problèmes liés à l'utilisation des services publics de santé et de la satisfaction tirée par les individus démontre que la structure actuelle des dépenses de santé reste un frein à l'accès aux soins. Au-delà de la tarification des soins et des actes, le paiement direct semble être le facteur déterminant qui confine les populations (qui ne peuvent financer spontanément les coûts relatifs à la santé lorsque l'évènement maladie se réalise) dans des recours alternatifs avec des conséquences graves tant sur le plan sanitaire qu'économique. L'itinéraire thérapeutique du malade en termes de recours aux soins dépend donc d'un certain nombre de facteurs qui s'entremêlent tant au niveau de l'offre que de la demande. Ceci ouvre des pistes de prolongement de la recherche sur l'accessibilité aux soins primaires davantage centrés sur l'individu. Par ailleurs, ce travail a également besoin d'être nourri d'analyses plus approfondies sur la place de la solvabilisation des individus dans l'amélioration de l'accès aux soins lorsqu'on sait que la structure des dépenses du ménage se modifie au fur et à mesure que les revenus augmentent. L'évaluation plus qualitative du poids des barrières financières constitue de ce fait un préalable afin que l'on comprenne la place qu'elles occupent dans l'adoption d'un itinéraire thérapeutique.

La construction d'un indice multidimensionnelle de santé à partir d'un ensemble de vecteurs de fonctionnement a permis d'avoir une meilleure compréhension des ressorts qui

expliquent certaines inégalités territoriales de la santé. Il indique que l'équité doit se départir de la seule classification des différents statuts socioéconomiques (des plus pauvres aux plus riches) pour prendre en compte d'autres facteurs qui pourraient avoir une incidence égale ou supérieure sur la distribution des résultats de santé au sein des différents groupes de population en tenant compte des facteurs contextuels. Il permet de capturer les dimensions régionales qui présentent de grandes disparités en termes de développement économique et social.

Nous avons tenté ici de démontrer comment la traduction imparfaite des grands principes internationaux a conduit les pouvoirs publics à centrer leur action sur l'efficacité (ou une forme d'efficacité dont la présente analyse fustige les résultats enregistrés et les effets induits sur les populations) à la défaveur de l'équité. Considérées comme le passage obligé pour envisager l'application des « mesures incitatives » en vue d'une plus grande justice distributive en matière de santé, les politiques sectorielles développées n'ont pas produit les effets escomptés. Ce constat appelle à l'exploration des pistes de solution ou mieux, à un diagnostic prospectif pour plus d'équité dans la mise en œuvre des politiques publiques de santé. Car, les politiques publiques engagées, bien que volontaristes, n'arrivent pas toujours à réaliser pas le droit à la santé partout et pour tous.

L'ensemble de ces développements ouvre une fenêtre sur les stratégies promotrices pour une réorientation des politiques publiques de santé de manière à les positionner davantage sur un référentiel de justice sociale : (i) l'accumulation du capital humain à travers les transferts ciblés et conditionnés de fonds ; (ii) la mise en place ou l'activation des fonds d'équité/d'indigence ; (iii) la mutualisation effective du risque maladie à travers les mécanismes communautaires existants; (iv) la refondation des systèmes publics de sécurité sociale et ; (v) l'impératif de repenser la place de la médecine traditionnelle pour une mise en application du principe de « *libre choix* » dans l'accès aux soins.

- *L'accumulation du capital humain à travers les transferts ciblés et conditionnels de fonds (solvabilisation de la demande)*

Cette approche est fondée sur les droits humains (accumulation du capital humain par les ménages) et a des conséquences en termes de réduction de la pauvreté au moyen de

transferts ciblés. Elle allie les besoins de base (bien premiers) et les capacités et réduit considérablement l'asymétrie d'information. Elle consiste à verser aux familles considérées comme pauvres et/ou indigentes, de l'espèce avec des conditions bien précises. Elles peuvent avoir pour conditionnalité la santé – auquel cas les membres des familles bénéficiaires (ou du moins les enfants de 0 à 5 ans et les femmes enceintes) acceptent de se rendre régulièrement dans une formation sanitaire pour des bilans de santé – ou l'éducation – l'obligation d'enrôler l'enfant dans le système formel d'éducation.

La référence en matière de transfert conditionnel des fonds est le programme Progres^{466,467} mis en œuvre au Mexique et qui a enregistré des résultats très encourageants sur la santé et le bien-être des enfants, ce qui a permis son extension à d'autres pays d'Amérique latine. En transférant un revenu aux ménages pauvres, ceux-ci sont dotés de moyens pour payer les frais de transport et les soins de santé. Cette approche suppose des mécanismes appropriés en matière d'évaluation des actions : les instruments sont-ils effectifs pour la diminution de la pauvreté et de la vulnérabilité permanente et transitoire ? De combien augmentent-ils le bien-être sanitaire des personnes et des ménages ? Sont-ils socialement rentables ? Le bénéfice social excède-t-il le coût social – *benefit incidence analysis* – ?

- *La mise en place ou l'activation des fonds d'équité/d'indigence*

Les fonds d'équité représentent des compensations financières versées aux prestataires de soins pour les soins procurés aux personnes indigentes (ou en difficulté de paiement). Il existerait donc un tiers payeur qui garantisse une juste compensation aux prestataires de soins dévolus à offrir des soins à cette catégorie suivant une option de financement qui permet la coexistence de la gratuité des soins et la participation des usagers ; cette dernière devant constituer une partie du financement des fonds d'équité. En se substituant à la situation exclusive de paiement par les usagers, qui limite l'accès aux soins de santé des pauvres, le principe du tiers payeur se veut être une opportunité pour : (i) identifier les

⁴⁶⁶ GERTLER P., FERNALD L. (2004), « The medium term impact of Oportunidades on child growth and development in rural areas of Mexico », Cuernavaca, Mexico: *Instituto Nacional de Salud Publica*.

⁴⁶⁷ HODDINOTT J., SKOUFIAS E. (2004), « The impact of PROGRESA on food consumption ». *Econ Devel Cult Change*, 53, 37-61.

patients nécessitant une assistance financière, en vue d'éviter les erreurs d'inclusion et d'exclusion et, (ii) assurer le paiement aux prestataires, des soins consommés par ces derniers.

Ces principes qui sous-tendent les fonds d'équité devraient conduire, à terme, à améliorer l'accès aux soins de santé des plus pauvres, et à les protéger contre la pauvreté dans la mesure où ces fonds contribuent à leur résilience de manière générale. Des réflexions ont été menées au Cameroun (prise en charge des patients indigents) suivies de textes/décrets, mais leur difficile articulation avec l'organisation sanitaire en place tend à bloquer leur opérationnalisation. Or, cette idée simple peut stimuler l'accès des plus pauvres aux soins de santé et renforcer la viabilité financière des formations sanitaires.

- *La mutualisation effective du risque maladie à travers les mécanismes communautaires existants*

Les insuffisances notables relevées en matière de prévoyance, conjuguées au recul des revenus et au relèvement des prix commandent actuellement le développement de mécanismes communautaires de mutualisation du risque-maladie. Ces mécanismes assurent une certaine sécurité sociale non seulement pour les membres des corporations socioprofessionnelles, mais aussi et surtout pour les populations vivant dans les zones de haute précarité, et les populations indigentes. Le développement des mutuelles de santé occupe une place privilégiée dans le document de la SSS, mais sa lente activation maintient les exclus du système public d'assurance maladie dans un cercle vicieux. Le développement des mécanismes de couverture de risques peut, à cet égard, constituer une bonne parade à la résilience des pauvres, à travers son mécanisme de partage de risque. Toutefois, sa réussite dépendra de la manière dont elle est mise en œuvre pour la rendre accessible aux plus nécessiteux.

- *L'impératif de repenser la place de la médecine traditionnelle pour une application du principe de 'libre choix' dans l'accès aux soins*

L'infléchissement des pesanteurs qui entravent les objectifs de couverture sanitaire amènent à rechercher, plus que par le passé, les bénéfices qu'offre le secteur traditionnel,

de façon à appliquer le principe de '*libre choix*' en matière de santé partout et pour tous. En effet, la contribution de la riche pharmacopée africaine, dont les vertus curatives de certaines espèces sont largement prouvées, reste insignifiante malgré l'existence d'une Direction de la médecine traditionnelle et de centres d'études sur les plantes médicinales.

Le support technologique pour valoriser durablement des initiatives de production des médicaments issus des plantes médicinales et l'assurance de leur qualité et de leur distribution, dont se sont dotés l'Inde ou la Chine, continuent de faire défaut en Afrique. Cette situation renforce la dépendance des systèmes de santé nationaux alors que les initiatives privées et incontrôlées connaissent une explosion, amplifiée par l'adhésion massive des communautés. Pour y arriver cependant, la prise de conscience par les décideurs politiques de la richesse et de l'opportunité qu'offre cette médecine alternative longtemps ancrée dans les mœurs, reste déterminante.

ANNEXES

ANNEXE 1 : PRESENTATION DES ECHANTILLONS EDS

Tableau 25. Distribution de l'échantillon des enquêtes EDS 1991, 1998 et 2004

Variables indépendantes	1991		1998		2004	
	%	N	%	N	%	N
Bien-être du ménage						
Quintile 1 – Très pauvres	19,59	693	14,16	665	15,01	1 570
Quintile 2 – Pauvres	15,77	558	17,48	821	21,71	2 271
Quintile 3 – Médians	16,25	575	18,67	877	22,21	2 324
Quintile 4 – Riches	24,56	869	23,61	1 109	21,43	2 242
Quintile 5 – Très riches	23,83	843	26,08	1 225	19,64	2 055
Total	100,0	3 538	100,0	4 697	100,0	10 462
Education de la femme						
Pas d'éducation	33,0	1 276	24,16	1 329	20,09	2 141
Education primaire	32,9	1 275	36,21	1 992	40,42	4 307
Education secondaire et plus	34,1	1 320	39,63	2 180	39,49	4 208
Total	100,0	3 871	100,0	5 501	100,0	10 656
Résidence						
Urbain	56,47	2 186	49,25	2 709	49,46	5 270
Rural	43,53	1 685	50,75	2 792	50,54	5 386
Total	100,0	3 871	100,0	5 501	100,0	10 656
Régions						
Adamaoua	4,18	162	3,84	211	7,35	783
Centre	25,03	969	21,96	1 208	16,97	1 809
Est	4,93	191	6,16	339	6,78	723
Extrême – Nord	15,40	596	13,25	729	9,75	1 039
Littoral	18,60	720	17,34	954	17,38	1 852
Nord	7,10	275	8,58	472	8,96	955
Nord – Ouest	6,10	236	9,65	531	8,16	869
Ouest	9,79	379	9,34	514	10,29	1 097
Sud	2,56	99	2,69	148	7,05	751
Sud– Ouest	6,30	244	7,18	395	7,30	778
Total	100,0	3 871	100,0	5 501	100,0	10,656

ANNEXE 2 : CONTEXTE JURIDICO-NORMATIF DU SECTEUR

A.2.1. QUELQUES TEXTES DE LOIS, DÉCRETS, DÉCISIONS ET CIRCULAIRES IMPORTANTS

Plusieurs dispositions juridiques et législatives régissent actuellement le secteur de la santé au Cameroun. Parmi les plus importants, on peut citer par ordre chronologique :

1. La loi n°90/063 du 19 décembre 1990 accordant dérogation spéciale aux formations sanitaires en matière financière pour la vente des médicaments essentiels, l'utilisation des fonds générés pour le réapprovisionnement, l'acquisition et l'entretien du petit matériel. Cette loi jette les bases du recouvrement des coûts, et traduit progressivement les orientations internationales issues d'une série de grandes Déclarations (Lusaka (1985), Harare (1987) et de Bamako (1987)).
2. Le décret n°93/228/PM du 15 Mars 1993, fixant les modalités d'application de la loi précitée et permettant sa mise en œuvre effective.
3. Le décret présidentiel du 7 février 1995 portant organisation des services de santé de base en districts de santé et stipulant que les structures de dialogue et de participation communautaire font partie du district de santé.
4. La loi n° 96/03 du 4 janvier 1996 portant loi-cadre dans le domaine de la santé au Cameroun qui fixe le cadre général de l'action de l'Etat dans le domaine de la santé, notamment à travers la politique nationale de santé. Cette loi explicite les grands principes d'amélioration de l'état de santé des populations, de pleine participation des communautés à la gestion et au financement des activités de santé.
5. L'arrêté du 21 septembre 1998, fixant les modalités de création des structures de dialogue et de participation communautaire dans les districts de santé.
6. Le décret n° 2000/686/PM du 13 septembre 2000 portant Organisation et fonctionnement des conseils de santé.

Des arrêtés et décisions ont été publiés pour améliorer les pratiques dans le secteur. Il nous semble nécessaire de citer les plus importants:

1. La déclaration de mise en œuvre des soins de santé primaires du 25 mai 1993.

2. L'arrêté N°132/PM du 12 octobre 2005 du Premier Ministre, créant un Comité de pilotage et de suivi de la mise en œuvre de cette Stratégie Sectorielle de la Santé.
3. La décision n°0529/D/MSP/CAB du 16 décembre 2003 du Ministère de la santé publique créant un comité interministériel chargé de réaliser tous les travaux relatifs au développement du système d'assurance maladie et qui renvoie aux mécanismes de couverture du risque maladie pour les populations actives du secteur formel, informel et indigentes.
4. La décision n° 0803/MSP/CAB du 27 décembre 2005 modifiant le coût du bilan biologique de suivi des PVVS sous ARV.
5. La circulaire du Minsanté du 08 mars 2005 rendant publics les nouveaux prix des médicaments essentiels.
6. La décision d'octobre 2004 rendant public le prix des ARV et la gratuité des antituberculeux.
7. La circulaire n° D36-55/LC/MSP/SG/DAJC du 28 octobre 2005 sur la lutte contre les pratiques de corruption au sein des formations sanitaires. Cette circulaire a été suivie de l'opération « Hôpital sans Corruption » lancée le 28 octobre 2005 par le Minsanté.

A.2.2. CADRE NORMATIF NATIONAL

Les normes nationales et internationales (OMS) en matière de santé prescrivent la définition d'un district de santé, le plateau technique, le paquet minimum d'activités aux différents niveaux des structures de soins du district de santé, les structures de dialogue, les modes de financement et de gestion des formations sanitaires, le personnel cadre, les infrastructures-type, etc. Certes, la normalisation pose encore de difficultés d'interprétation. La SSS était supposée, dans le cadre du programme sur la réforme hospitalière, apporter quelques solutions concrètes.

Les normes les plus importantes reprises ici sont définies autour du district de santé qui représente l'unité opérationnelle de mise en œuvre de la politique publique de santé :

1. **Le district de santé** est une entité géographique et administrative constituée par 2 ou plusieurs aires de santé. Il est délimité en tenant compte de la taille de la population

(70 à 120 000 habitants), des critères d'accessibilité géographique et socioculturelle. L'aire de santé comprend 5 à 10 000 habitants et regroupe un ou plusieurs villages ou quartiers desservis par un centre de santé. Une aire de santé correspond à un seul centre de santé intégré. Deux aires de santé ou plus peuvent partager un seul centre de santé. La distance entre 2 centres de santé intégrés doit être d'au moins 5 km. Actuellement, on compte 1462 aires de santé réparties sur l'étendue du territoire national.

2. **Le Plateau technique** est considéré comme l'équipement permettant de fournir un paquet minimum d'activités et comprend au moins une unité de chacun des éléments suivants : thermomètre, stéthoscope, tensiomètre, pèse-bébé, pèse-personne, boîte d'accouchement, boîte de petite chirurgie.
3. **Le paquet minimum d'activités** est un lot de soins de santé qui, clairement défini et correctement exécuté au niveau de centre de santé ou de réseau de centre de santé à assurer une santé optimale aux populations. Au Cameroun, un paquet minimum d'activités est défini pour chaque composante du système de santé et particulièrement du district de santé.
4. **Les soins de premier niveau (centres de santé intégrés et centres médicaux d'arrondissement)** : ces soins sont globaux, continus et intégrés. Ils comprennent : la santé de la mère et de l'enfant, la consultation préventive et curative (fixe et en stratégie avancée), la prise en charge efficace des grandes endémies, la prise en charge des épidémies, des cas chirurgicaux, des ophtalmologiques, des affections bucco-dentaires et autres, la consultation des maladies chroniques, la référence/contre référence, la promotion de la santé par l'approvisionnement en eau potable, hygiène et assainissement, IEC, la participation à l'opérationnalisation des structures de dialogue, la gestion des ressources, l'évaluation de l'efficacité des soins, la collecte, l'analyse et l'exploitation des données. Ces soins de premier niveau sont offerts par les centres de santé et les structures assimilées qui représentent le point d'intersection entre le service de santé de district et la communauté. Toutefois, ce PMA sera renforcé en fonction de la situation sanitaire qui prévaut dans la zone de couverture.
5. **Les services offerts au niveau de la première référence (Hôpital de district)⁴⁶⁸** en plus des activités de premier niveau joue un rôle de référence/contre référence vis-à-vis de ses centres de santé d'une part et d'autre part, réfèrent certains cas à l'hôpital

⁴⁶⁸ Toute formation sanitaire publique ou privée à but non lucratif peut jouer le rôle de CSI ou de HD.

provincial. Il pourra par ailleurs : prendre en charge des cas d'épidémies et d'urgence, gérer les ressources et faire l'IEC dans le cadre de la rationalisation et de la consultation.

6. **Le personnel-type des structures de soins:** dans chaque structure, on distingue l'équipe cadre de santé (chargée d'assurer les soins curatifs, promotionnels et de réhabilitation et de faire ou participer à la recherche opérationnelle) et l'équipe cadre de gestion (qui s'occupe des affaires administratives et financières). Les minima en terme de chiffres pour le personnel sont fonction de la population à desservir et sont de 9, 68, 19 et 7 personnels respectivement pour le SSD, l'HD, le CMA et le CSI.
7. **Les infrastructures-type :** la logique des structures doit répondre aux activités minimales qui doivent y être menées pour un rendement optimum. Il faut tenir compte des conditions socioculturelles et climatiques, de l'accessibilité géographique, de l'existence d'autres structures de développement (écoles, marchés, etc.) et de la sécurité. Ces infrastructures doivent avoir de l'eau courante ou puits, une source d'énergie, une fosse à ordures ou incinérateur, un coffre-fort pour conserver les fonds et si possible, des moyens de communication.
8. **Les structures de dialogue :** les services de santé doivent recevoir l'appui technique et administratif à la fois des services hiérarchiques de la santé, du comité de développement local et des responsables locaux.
 - Au niveau de la communauté, le comité de santé (COSA) qui représente les comités inter-villageois autour du centre de santé. Au niveau de l'aire de santé, un COSA est créé autour des CSI et CMA. Dans le cadre de la participation des populations à l'effort de santé, les populations doivent être gérantes et bénéficiaires de la santé à travers un comité de gestion (COGE). Les COGE et COSA ont à leur tête des membres dont les présidents sont élus pour un mandat de deux ans.
 - Au niveau du district de santé, il existe le COSADI (comité de santé du district) et le COGEDI (comité de gestion du district) qui émanent des COSA et COGE respectivement. Leur rôle est d'assurer la participation de la communauté au cofinancement et à la cogestion de la santé au niveau du district.
9. **Les médicaments essentiels :** les médicaments essentiels doivent servir d'objet de mobilisation de la communauté pour une utilisation accrue, mais rationnelle des services de santé, d'outils de génération des ressources financières et de support en

matière de prestation de soins. Le CENAME et les centres provinciaux d'approvisionnement en médicaments essentiels (CAPP) sont fonctionnels. Une liste de 66 médicaments essentiels a été adoptée et publiée.

10. **La création d'un centre de santé privé :** la création d'une formation sanitaire privée doit être conforme à la carte sanitaire. Le décret de 1992 ne distingue cependant pas les structures privées à but lucratif des structures à but non lucratif.

ANNEXE 3 : CARTES SANITAIRES DES PROVINCES ENQUETÉES

LA CARTE SANITAIRE DE LA PROVINCE DE L'EXTREME-NORD

La province de l'Extrême-Nord compte 28 Districts de santé pour 284 formations sanitaires. Malgré les récents efforts qui ont conduit à la création de plusieurs districts de santé, la carte sanitaire actuelle est encore loin de respecter la norme de 100 000 habitants par District de santé préconisée par l'OMS⁴⁶⁹. La carte sanitaire de la province peut se résumer comme suit :

28 Districts de santé (pour 203 aires de santé) : Bogo, Bourha, Guéré, Guidiguis, Hina, Kaélé, Kar-Hay, Kolofata, Kousseri, Goulfey, Koza, Mada, Maga, Makary, Maroua rural, Moutourwa, Petté, Maroua Urbain, Meri, Mindif, Mogodé Mokolo, Mora, Moulvoudaye, Roua, Tokombéré, Vélé et Yagoua.

21 Hôpitaux publics : 2 Hôpitaux Provinciaux et assimilés 19 Hôpitaux de District.

19 Hôpitaux privés : 05 hôpitaux de district privés dont 2 confessionnels (Koza et Tokombéré) et 3 à but non lucratif (Mada, Pette et Mesquine), 01 hôpital parapublic (Centre Médico-Social de la CNPS) servant de référence pour le DS de Maroua Urbain, 01 hôpital confessionnel à Zidim (DS Hina), 09 CMA dans les DS de Guéré (Gobo), DS Kar Hay (Datchéka et Tchatabali), DS Kousseri (Logone Birni), DS Makary (Fotokol et Hilé Alifa), Maroua Rural (Gazawa), DS Mora (Waza), DS Yagoua (Kalfou), 02 cliniques privées dans la ville de Maroua, 01 cabinet dentaire dans la ville de Maroua.

241 Centres de santé publics et privés (pour 175 aires de santé) : 192 CSI publics répartis dans les 28 DS, 36 CSI privés confessionnels répartis dans les 28 DS, 01 CSI privé non lucratif dans le DS Mada, 03 cabinets de soins dont 02 à Maroua, et 01 à Doréissou dans le DS de Maga, 09 infirmeries réparties dans les lycées, garnisons et police dans les villes de Maroua, Mokolo et Kousseri.

15 pharmacies d'officine dont 13 fonctionnelles: 06 à Maroua, 03 à Kousseri, 01 à Maga, 01 à Kaélé, 02 à Yagoua et 02 fermées (01 à Mora et 01 à Mokolo).

⁴⁶⁹ Les District de santé de Maroua Urbain (250 716 hts), Yagoua (233 488 hts), Kousseri (184 906 hts), et Maroua Rural (184 638 hts) sont ceux qui enregistrent les populations les plus pléthoriques.

Le nombre de formations sanitaires de la province a permis de rapprocher les services de santé au niveau des populations. Celles-ci parcourent en moyenne 4,1 km de leur domicile au centre de santé le plus proche, ce qui nécessite un peu plus d'une demi-heure de marche. A titre de comparaison, ces indicateurs de distance et de temps sont de 3,9 kilomètres et 30,6 minutes au niveau national. La marche à pieds est le moyen le plus utilisé en milieu rural suivi par la bicyclette et en milieu urbain par la motocyclette.

LA CARTE SANITAIRE DE LA PROVINCE DU NORD-OUEST

La province du Nord-Ouest est subdivisée en 18 districts de santé et compte 178 aires de santé. En termes de dotation en structures sanitaires, on peut considérer que l'offre de santé au niveau de la province est importante compte tenu de sa superficie. Mais, les problèmes d'accessibilité géographique liés au relief accidenté continuent à se poser avec acuité. La distribution des formations sanitaires respecte la carte sanitaire suivante :

17 Districts de santé (pour 176 aires de santé) : Ako, Bafut, Bali, Bamenda, Batibo, Venakuma, Fundong, Kumbo East, Kumbo West, Mbengwi, Ndop, Ndu, Jikwa, Nkambe, Santa, Tubah, Wum.

18 Hôpitaux et assimilés : 17 Hôpitaux de District et assimilés (publics et privés correspondant au premier niveau de référence des malades) et 1 Hôpital de provincial (deuxième niveau de référence) et les 5 Hôpitaux confessionnelles

146 Centres de santé publics et privés : 126 CSI publics répartis dans les 17 DS, 20 CSI privés confessionnels et 12 CS privés laïcs légaux, 19 cabinets de soins, 12 maisons de santé, 2 Laboratoires d'analyse médicale, et 12 pharmacies privées.

A ceci, doit-on ajouter la Délégation Provinciale de la Santé publique, 2 écoles de formation privées et 4 écoles de formation publiques pour le personnel de santé. Environ 15% des structures sanitaires opérationnelles sont confessionnelles.

Tableau 26. Indicateurs d'offre des services de santé dans les Districts de santé enquêtés des 2 provinces

Indicateurs de l'Extrême-Nord	Districts de santé				
	Kousseri	Méri	Kaélé	Tokombéré	
Nombre d'aires de santé	12	8	16	8	
Population totale du District	184.906	184.688	115.138	148.886	
Nombre de formations sanitaires publiques	6	7	11	6	
Nombre de formations sanitaires privées laïques	2	0	3	2	
Nombre de centre de santé fonctionnels	8	7	14	8	
Nombre d'Hôpitaux de référence (2 ^e niveau)	2	1	1	2	
Nombre estimé de naissances par an	7245	921	8280	7444	
Nombre d'enfants de 0-11 mois (cible 1)	7396	7369	6624	5955	
Taux d'abandon à la vaccination	26%	14%	22%	15%	
Indicateurs du Nord-Ouest	Districts de santé				
	Ndop	Bafut	Kumbo West	Kumbo East	Ndu
Nombre d'aires de santé	14	9	17	18	9
Population totale du District	218.504	85.482	173.543	166.534	111.155
Nombre de formations sanitaires publiques	14	12	11	14	13
Nombre de formations sanitaires privées laïques	3	2	12	7	2
Nombre de centre de santé fonctionnels	17	14	36	22	17
Nombre d'Hôpitaux de référence (2 ^e niveau)	1	2	1	1	1
Nombre estimé de naissances par an	9 833	3 847	7 809	7 494	5 002
Nombre d'enfants de 0-11 mois (cible 1)	8 740	3 419	6 474	6 742	4 431
Taux de couverture vaccinale	77%	49%	61%	45%	60%

Source : Statistiques des différents BISI (EN et NO)

Tableau 27. Analyse FFOM du cadre de mise en œuvre de la Politique sanitaire au niveau des Districts sanitaire - province de l'Extrême -Nord

Analyse de l'environnement interne du secteur	
<p>Forces</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Dissémination à l'échelle provinciale des centres de traitement de la tuberculose ▪ Dissémination des unités communautaires d'imprégnation des moustiquaires ▪ Recrutement et affectation des cadres (médecins, infirmiers) PPTE et C2D dans les structures à fort déficit en personnel ▪ Dotation d'ambulance à quelques Hôpitaux et des motos aux Centres de santé pour les stratégies avancées ▪ Leadership de la Délégation provinciale qui assure une bonne gestion du personnel et des supervisions régulières des activités des formations sanitaires publiques et privées ▪ Expérience de contractualisation réussie avec les Hôpitaux privés faisant office d'Hôpitaux de District ▪ Existence des relais communautaires (ou VSBC dans certains Districts de santé) pour appuyer les activités de masse, la prise en charge communautaire de certaines affections et les stratégies avancées ▪ Existence au niveau de la province d'une école de formation des infirmiers pouvant assurer le recyclage du personnel ▪ Implication de certaines associations sous-traitantes pour l'exécution des activités à base communautaire 	<p>Faiblesses</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Mauvais accueil par certains personnels soignants dans les structures sanitaires ▪ Forte discontinuité dans le suivi des consultations prénatales par les femmes ▪ Faible taux de fréquentation des formations sanitaires surtout publiques ▪ Accès difficile aux CS surtout pour les minorités autochtones (montagnards, insulaires). ▪ Insuffisance/absence des moyens de communication et des moyens logistiques pour atteindre les groupes isolés et confinés dans les pratiques de soins à décourager ▪ Absence d'outils de suivi-évaluation de la mise en œuvre des programmes dans les Districts de santé ▪ Fortes disparités dans la répartition des formations sanitaires au niveau de la province ▪ Absence/obsolescence des équipements sanitaires pour offrir des soins de qualité ▪ Insuffisance du personnel en quantité et en qualité (défaut de compétences spécialisées et quasi-absence du personnel féminin) ▪ Non fonctionnalité de plusieurs aires de santé créées sans postes de santé opérationnels et sans personnel affecté ▪ Absence de synergie/concertation entre les différents intervenants du secteur ▪ Difficultés à susciter l'adhésion massive des communautés pour des actions de masse ▪ Absence de plan de formation et de recyclage du personnel (plusieurs infirmiers chefs de centres de santé exercent depuis plus de 10 ans sans avoir reçu des formations de remise à niveau) ▪ Faible capacité de mobilisation des ressources par les Districts sanitaires qui attendent tout du « haut » ▪ Timidité des rapports entre les administrations sanitaires et les communes (les plans de développement des communes ont des aspects santé mais ne bénéficient pas de l'expertise des responsables sanitaires en place dans le montage). ▪ Implication insuffisante des structures de dialogue à la planification des activités et au suivi de leur mise en œuvre ▪ Rupture intempestive de stocks de médicaments génériques en propharmacie ▪ Perception des collectivités locales comme des structures d'appui extérieures et non comme des parties prenantes du système de santé.

Analyse de l'environnement externe du secteur

Opportunités

- Existence des radios communautaires financées par la FAO et des radios privées (FM Kousseri) pour des activités de sensibilisation et de mobilisation sociale
- Présence de plusieurs ONG internationales et agences de coopération avec des programmes en lien avec la santé
- Existence des comités de développement dans les villages disposant des plans de développement villageois/locaux
- Existence des structures de dialogue (COGE et COSA) qui expriment cependant un besoin de redynamisation afin d'assurer leur pleine participation
- Respect et soumission à l'autorité traditionnelle établie pouvant servir de levier aux actions de sensibilisation et d'adhésion aux campagnes
- Les communes de la province reconnaissent qu'ils partagent la charge de la santé des populations et sont prêts à apporter une contribution pour le développement des activités pourvu d'être considérées comme des partenaires réguliers et actifs
- Existence de plusieurs groupes socioprofessionnels comme les GIC, GIE, Réseaux et Fédérations pouvant servir comme portes d'entrée pour plusieurs types d'actions

Menaces

- Sous-scolarisation des femmes/analphabetisme annihilant leur représentativité au niveau des instances locales de délibération
- Persistance du charlatanisme et forte adhésion des populations à ces pratiques
- Pesanteurs socioculturelles défavorables aux femmes et aux enfants
- Application biaisée des Saintes Écritures par les hommes afin de priver les femmes de leurs droits et libertés de conscience
- Prolifération des médicaments frelatés (de la rue) de qualité douteuse et recours prononcé à l'automédication par les populations
- Forte dissémination des populations dans les îlots et montagnes inaccessibles
- Environnement austère favorable au développement de plusieurs affections d'endémie (IRA, méningites)
- Climat de rivalités sociopolitiques entre les élites avec des conséquences importantes sur les populations à la base
- Forte résistance de certaines familles pratiquantes à consulter les centres de santé et/ou à se faire interner à l'Hôpital en cas de maladies graves
- Conflits latents entre certains groupes ethniques, fragilisant la cohésion sociale dans plusieurs actions de développement
- Forte sollicitation des accoucheuses traditionnelles pour des accouchements avec des complications graves sur la vie des femmes (fistules, hémorragie post-partum, délivrance des mort-nés, déchirures du périnée, etc.).
- Forte propension des rumeurs lors des campagnes pouvant atténuer les efforts consentis pour atteindre les cibles
- Brassage important avec les populations issues des pays riverains doublé d'une faible efficacité du contrôle médical frontalier avec des risques de transmission des maladies infectieuses
- Développement de la prostitution à cause de l'importance des échanges commerciaux transfrontaliers → Risque de propagation des IST et du VIH/SIDA
- Absence d'une culture de prévoyance en matière de santé et de regroupement traditionnels des populations (tontines, caisses communautaires par exemple)
- Faible potabilité de l'eau de boisson et de service avec des risques importants de développer des maladies hydriques

Tableau 28. Analyse FFOM du cadre de mise en œuvre de la Politique sanitaire au niveau des Districts sanitaire - province du Nord-Ouest

Analyse de l'environnement interne du secteur	
<p>Forces</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Existence et fonctionnalité des COSADI dans presque tous les Districts sanitaires ▪ Taux de fréquentation des formations sanitaires surtout publiques relativement élevé ▪ Dissémination à l'échelle provinciale des centres de traitement de la tuberculose ▪ Dissémination des unités communautaires d'imprégnation des moustiquaires ▪ Recrutement et affectation des cadres (médecins, infirmiers) PPTE et C2D dans les structures à fort déficit en personnel ▪ Bonne coordination des formations sanitaires privées confessionnelles (surtout des Hôpitaux) de haut niveau avec expérience de contractualisation réussie ▪ Leadership de la Délégation provinciale qui assure une bonne gestion du personnel et des supervisions régulières des activités des formations ▪ Bonne tenue des statistiques sanitaires et bon système de rapportage ▪ Existence des relais communautaires pour appuyer les activités de masse, la prise en charge communautaire de certaines affections et les stratégies avancées (paludisme surtout) ▪ Existence au niveau de la province de 4 écoles de formation des infirmiers et techniciens pouvant assurer le recyclage du personnel ▪ Implication de certaines associations à base communautaire dans l'exécution des activités avec des algorithmes simples (paludisme simple) et des signaux de référence immédiate. ▪ Forte implication des structures de dialogue à la planification des activités et au suivi de leur mise en œuvre ▪ Adhésion massive des communautés pour des actions de masse en matière de santé et très bonne implication des leaders traditionnels ▪ Excellente gestion des médicaments génériques à travers un fonds provincial 	<p>Faiblesses</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ La forte influence des Représentants des communautés (généralement une élite ou un Chef) ouvre les portes de conflits avec le Chef du District de Santé. ▪ Mauvais accueil par certains personnels soignants dans les structures sanitaires ▪ Forte discontinuité dans le suivi des consultations prénatales par les femmes ▪ Insuffisance de personnel qualifié au niveau des structures de santé publiques ▪ Absence de feuille de route bien définie pour les structures de dialogue ▪ Inaccessibilité socioculturelle pour les minorités autochtones (montagnards, groupes de pêcheurs, bororos). ▪ Insuffisance/absence des moyens de communication et des moyens logistiques pour atteindre les groupes isolés et confinés dans les pratiques de soins à décourager ▪ Absence d'outils de suivi-évaluation de la mise en œuvre des programmes dans les Districts de santé ▪ Absence/obsolescence des équipements sanitaires pour offrir des soins de qualité ▪ Non fonctionnalité de plusieurs aires de santé créées sans postes de santé opérationnels et sans personnel affecté ▪ Absence de synergie/concertation entre les différents intervenants du secteur ▪ Absence de plan de formation et de recyclage du personnel (plusieurs infirmiers chefs de centres de santé exercent depuis plus de 10 ans sans avoir reçu des formations de remise à niveau) ▪ Faible capacité de mobilisation des ressources par les Districts sanitaires qui attendent tout du « haut » ▪ Timidité des rapports entre les administrations sanitaires et les communes (les plans de développement des communes ont des aspects santé mais ne bénéficient pas de l'expertise des responsables sanitaires en place dans le montage). ▪ Perception des collectivités locales comme des structures d'appui extérieures et non comme des parties prenantes du système de santé. ▪ Absence d'approvisionnement en eau et en électricité dans plusieurs centres de santé publics

Analyse de l'environnement externe du secteur

Opportunités

- Expérience réussie des partenaires au développement dans le développement des mutuelles de santé qui fonctionne bien dans leur majorité
- Existence de plusieurs groupes socioprofessionnels comme les GIC, GIE, Réseaux et Fédérations pouvant servir comme portes d'entrée pour plusieurs types d'actions
- Forte implication des communes (rôle de leader) dans les initiatives communautaires de partage du risque maladie (mutuelles de santé)
- Existence des radios communautaires en langue locale pour des activités de sensibilisation et de mobilisation sociale
- Présence de plusieurs ONG et associations travaillant dans le secteur du développement communautaire avec des programmes en lien avec la santé
- Existence des comités de développement dans les villages disposant des plans de développement villageois/locaux
- Existence des structures de dialogue (COGE et COSA) qui expriment cependant un besoin de mise en réseau
- Respect et soumission à l'autorité traditionnelle établie pouvant servir de levier aux actions de sensibilisation et d'adhésion aux campagnes
- Les communes de la province reconnaissent qu'ils partagent la charge de la santé des populations et sont prêts à apporter une contribution pour le développement des activités pourvu d'être considérées comme des partenaires réguliers et actifs
- Environnement peu austère défavorable au développement de plusieurs affections d'endémie (IRA, méningites)
- Existence des groupes d'entraide et de solidarité et de regroupement traditionnels des populations (tontines, caisses communautaires par exemple)

Menaces

- Persistance des pratiques d'exposition à la vulnérabilité (piercing, mutilation génitale féminine, blindage, tatouage, etc.).
- Persistance du charlatanisme et forte adhésion des populations à ces pratiques
- Pesanteurs socioculturelles défavorables aux femmes et aux enfants soumis parfois à la traite
- Montée en puissance des nouveaux groupes religieux dits d'éveil avec des interdictions fatales (médication, transfusion, hospitalisation, etc.)
- Prolifération des médicaments frelatés (de la rue) de qualité douteuse, parfois fabriqués sur place et recours prononcé à l'automédication par les populations
- Forte dissémination des populations dans les zones inaccessibles
- Climat de rivalités sociopolitiques entre les élites avec des conséquences importantes sur les populations à la base
- Brassage important avec les populations issues des pays riverains doublé d'une faible efficacité du contrôle médical frontalier avec des risques de transmission des maladies infectieuses
- Développement de la prostitution à cause de l'importance des échanges commerciaux transfrontaliers → Risque de propagation des IST et du VIH/SIDA
- Comportements sexuels déviants fortement rependu au niveau de la province
- Pratiques de sorcellerie également très répandue
- Menace potentielle de la fièvre chinkunguya dans l'aire de santé de Mbam du DS de kumbo East, mais avec un bon dispositif de surveillance et d'alerte épidémiologique en place

ANNEXE 4 : OUTILS DE COLLECTE DES DONNEES QUALITATIFS

A4.1. GRILLES D'ENTRETIEN AU FOCUS GROUP

A4.1.1. ENTRETIEN AVEC LES RESPONSABLES SANITAIRES, LES COMITÉS DE GESTION ET COMITÉS DE SANTÉ DU DISTRICT ET DES AIRES

Mise en train

- Note introductive : objet de la rencontre, sujets de discussion, mise en condition ;
- Présentation des animateurs (1 modérateur et 1 rapporteur) ;
- Présentation des participants ;
- Règles de fonctionnement (participer en permettant également aux autres de s'exprimer, pas de bonnes ou de mauvaises réponses, éviter des sorties intempestives, se départir de nos responsabilités et fonctions, tout ce qui se dit est constructif, tout ce qui se dit s'oublie la fin de la discussion, personne n'est ciblée car il s'agit d'une analyse globale).
- Durée moyenne : 2 heures ;
- Nombre de thèmes abordés: 4.

Thème 1 : Quels sont les facteurs d'exclusion sociale des plus vulnérables et comment peut-on améliorer la prise en compte de leur préoccupations dans le développement en général et le développement sanitaire en particulier ?

Q1 : Quels sont les groupes pouvant être considérés comme vulnérables et exclus?

Q2 : Pourquoi sont-ils vulnérables et exclus ?

Q3 : Quels sont les facteurs sociaux et culturels qui renforcent cette exclusion sociale ?

Q4 : Comment peut-on améliorer la prise en compte de leurs préoccupations dans le développement en général et le développement sanitaire en particulier ?

Thème 2 : Les services de santé offerts aux populations du district sont-ils complets et adéquats ?

Q1 : Les services de santé sont-ils réellement accessibles à tous ?

Q2 : Qu'est ce qui empêche à certaines personnes ou groupes de se soigner convenablement ?
(et en dehors des difficultés financières ?)

Q3 : Quelle appréciation faites-vous des personnes qui sont chargés de nous administrer les soins de santé ?

Thème 3 : La gestion de nos districts de santé est-elle transparente ? Les populations participent-elles ? Les gestionnaires rendent-ils régulièrement compte aux représentants des communautés (COSA, COGE) ?

Q1 : La gestion de nos districts de santé est-elle transparente ?

Q2 : Les populations participent-elles à la planification des activités du district et à leur mise en œuvre ? Et comment ?

Q3 : Les gestionnaires rendent-ils régulièrement compte aux représentants des communautés (COSA, COGE) ?

Thème 4 : Quelles propositions concrètes pouvez-vous faire pour changer les choses au niveau de votre district de santé

Q1 : La participation effective et la prise en compte des plus vulnérables/exclus ?

Q2 : La transparence dans la gestion et l'institution d'une culture à rendre compte ?

Q3 : La plus grande implication des ONG/Associations ?

MERCI POUR VOTRE COLLABORATION

A4.1.2. ENTRETIEN AVEC LES RESPONSABLES DES MUTUELLES DE SANTÉ

Mise en train

- Note introductive : objet de la rencontre, sujets de discussion, mise en condition ;
- Présentation des animateurs (1 modérateur et 1 rapporteur) ;
- Présentation des participants ;
- Règles de fonctionnement (participer en permettant également aux autres de s'exprimer, pas de bonnes ou de mauvaises réponses, éviter des sorties intempestives, se départir de nos responsabilités et fonctions, tout ce qui se dit est constructif, se dit s'oublie la fin de la discussion, personne n'est ciblée car il s'agit d'une analyse globale).
- Durée moyenne : 2 heures ;
- Nombre de thèmes abordés: 4.

Thème 1 : Quels sont les facteurs d'exclusion sociale des plus vulnérables et comment peut-on améliorer la prise en compte de leur préoccupations dans le développement en général et le développement sanitaire en particulier ?

Q1 : Quels sont les groupes pouvant être considérés comme vulnérables et exclus?

Q2 : Pourquoi sont-ils vulnérables et exclus ?

Q3 : Quels sont les facteurs sociaux et culturels qui renforcent cette exclusion sociale ?

Q4 : Comment peut-on améliorer la prise en compte de leurs préoccupations dans le développement en général et le développement sanitaire en particulier ?

Thème 2 : Les services de santé offerts aux populations du district sont-ils complets et adéquats ?

Q1 : Les services de santé sont-ils réellement accessibles à tous ?

Q2 : Qu'est ce qui empêche à certaines personnes ou groupes de se soigner convenablement ? (et en dehors des difficultés financières ?)

Q3 : Quelle appréciation faites-vous des personnes qui sont chargés de nous administrer les soins de santé ?

Thème 3 : Quelle est la pertinence du développement des mutuelles et pensez-vous que cela valait vraiment la peine ?

Q1 : Comment est née votre mutuelle communautaire de santé ? Le besoin était-il réel ?

Q2 : Pensez-vous que c'est une expérience à répliquer ailleurs ? Et pourquoi ?

Q3 : Les objectifs fixés au départ sont-ils en voie d'être atteints ?

Q4 : Quelles sont les problèmes que vous rencontrez et comment comptez-vous les résorber ?

Thème 4 : Quelles propositions concrètes pouvez-vous faire pour changer les choses au niveau de votre district de santé

Q1 : La participation effective et la prise en compte des plus vulnérables/exclus ?

Q2 : La transparence dans la gestion et l'institution d'une culture à rendre compte ?

Q3 : Une meilleure communication avec les autorités sanitaires et communales ?

MERCI POUR VOTRE COLLABORATION

A4.1.3. ENTRETIEN AVEC LES ONG ET ASSOCIATIONS

Les mots clés: Anonymat ; Confidentialité ; Recueil d'opinions ; Sincérité des opinions émises.

Section 1 : Identification

Nom de l'institution:

Adresse complète :

Nom du répondant :

Fonction :

Section 2 : La coordination des bailleurs

Q1. Quelle est votre appréciation sur la coordination des bailleurs de manière générale ?

.....
.....

Q2. Quels sont les points positifs que vous pouvez tirer sur l'approche sectorielle santé (SWAp) ?

.....
.....
.....

Q3. Quelle appréciation faites-vous de la gouvernance dans le secteur de la santé (au niveau provincial et du District) ?

La participation communautaire

.....
.....

La transparence et la redevabilité

.....

.....

L'équité et le genre

.....

.....

L'efficacité des services

.....

.....

Le respect des normes et procédures

.....

.....

.....

Q4a. Quels sont les problèmes majeurs de la Province en matière de santé ?

.....

.....

.....

Q4b. Quels sont les facteurs qui entravent à l'atteinte des résultats ?

.....

.....

.....

Q4c. Que proposez-vous pour améliorer l'efficacité des interventions dans ce contexte ?

A3.1.4. CADRES MATRICIELS DE COLLECTE DES DONNÉES

Note technique sur les matrices de collecte des données

Les matrices de collecte des données ont été élaborées dans le souci de multiplier les canaux d'informations, de permettre une exploitation rapide et efficace des informations collectées et de recouper (triangler) certaines données. C'est ce qui explique le fait que plusieurs questions reviennent, en respect avec un choix délibéré.

Il ne s'agit nullement dans cette étude d'entreprendre un **audit social** (multiplier les *focus group* dans les villages) ou d'élaborer des **cartes sanitaires des districts** (enquêter nécessairement tous les districts de santé). Bien plus, l'objet est d'obtenir une gamme complète d'informations à partir des cibles 'éclairées' qui ont une grande expérience communautaire et une vision de société, et qui peuvent analyser avec objectivité et sans émotion, les véritables problèmes et suggérer des solutions. Ces personnes ont été recrutées au niveau des administrations sanitaires (Responsables des districts, Médecins-chefs de district, etc.), des Communautés (Responsables des Comités locaux de santé et leurs comite des gestions), des Organisations de la société civile (ONG, Associations, Groupes caritatifs, mutuelles de santé).

Des entretiens informels et formels seront également menés sous la forme de discussion approfondie et sur la base de l'observation avec certains responsables : Délégué provincial, Sous-Préfet, Chefs de villages (Lawals), etc. ainsi que les clients des formations sanitaires en sortie de recours.

Que ce soit les outils utilisés au *focus group* ou lors des entrevues en bilatéral, les relances pour approfondissement pourraient être apportées en fonction des réponses obtenues des interviewés comme dans toute étude qualitative.

Cadre de collecte des données auprès des responsables sanitaires

Date :	Entité (Délégation ou District de santé) :
Nom du principal représentant :	Arrondissement :
Titre de l'intervention/activité :	Nombre de mois d'activités :

Thème 1 : Opportunités et contraintes du secteur de la santé et les synergies en place/potentielles	
<i>Question principale : Quelles sont les opportunités et contraintes du secteur de la santé dans votre administration sanitaire ?</i>	
Sous-questions	Informations recueillies lors des entrevues
Dans la mise en œuvre de la politique sanitaire au niveau de la Délégation/District de santé, quels sont les facteurs qui influencent le choix des interventions et /ou sont pris en considération? (Forces, faiblesses, opportunités, menaces?)	<p><u>Faiblesses</u> :</p> <p><u>Forces</u> :</p> <p><u>Opportunités</u> :</p> <p><u>Menaces</u> :</p>
<ul style="list-style-type: none"> Les grandes orientations de la Délégation/District de santé prennent-elles en compte les axes stratégiques définis dans 	

<p>la Stratégie Sectorielle de la Santé?</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Quelles sont les 5 priorités en matière de santé dans votre Délégation/district sanitaire? 	
<p>Quel est le degré de cohérence global entre les orientations du Ministère de la Santé (Stratégie Sectorielle de la Santé) et les priorités de la Délégation/District de santé, comment les priorités sont-elles intégrées et prises en compte dans les actions au niveau des structures sanitaires du District ?</p>	
<p>Quels sont les mécanismes de synergie créés avec les Partenaires au développement?</p> <p>Comment la délégation/District sanitaire se tient- ils informés des interventions de différents acteurs?</p>	
<p>Quels sont les mécanismes de concertation et de</p>	

<p>mobilisation avec les bénéficiaires ciblés, les acteurs locaux, les partenaires : institutions, ONGs nationales et ou internationales?</p>	
<p>Quels sont les axes d'intervention priorités dans le contexte de lutte contre la pauvreté dans la province? Y a-t-il adéquation avec la stratégie de réduction de la pauvreté ?</p>	
<p>Comment sont pris en compte les axes transversaux dans votre plan de développement sanitaire du District ? : dimension genre, VIH-SIDA, eau et assainissement?</p> <p><i>NB : Récupérer une copie de ce Plan de Développement Sanitaire s'il existe.</i></p>	
<p>Le cadre de suivi et évaluation permet-il une actualisation des informations et des données</p>	

<p>du terrain et d'en assurer la fiabilité?</p> <p>S'il n'existe pas un cadre de suivi-évaluation, comment les réalisations sont-elles mesurées et partagées?</p>	
Thème 2 : Profil de gouvernance	
<i>Question principale : Compte tenu des protocoles d'entente signés avec des partenaires au développement sanitaire et/ ou des ONS/Associations, la structure de gouvernance contribue-t-elle de façon substantielle à :</i>	
Sous-questions	Informations recueillies lors des entrevues
<p>Revue du niveau de collaboration entretenu avec les partenaires</p> <p><i>N.B. Pour la Délégation ou le District, récupérer la carte partenariale ou, s'il n'existe pas, la liste des intervenants, ce qu'ils font (domaine d'intervention) et leurs zones de couverture.</i></p>	
<p>Revue de la participation réelle et à la prise en compte effective des besoins des bénéficiaires ainsi que de l'amélioration de leur représentativité et de leurs</p>	

plaidoyers	
Appréciation de la promotion des changements de comportement dans les communautés ciblées	
L'optimisation de l'apport des organisations à base communautaires (OBC) et ONG locales et à l'amélioration de leurs capacités organisationnelles et compétences techniques, au besoin?	
L'établissement de partenariats sectoriels stratégiques (acteurs clés) et complémentaires (multisectorialité) pour accroître la durabilité et la portée des résultats atteints	
La réflexion stratégique et à la prise de décision éclairée pour la définition et la mise en œuvre expéditive du budget au besoin, des mesures de correction?	
La qualité et à la quantité tant de la communication	

que de l'information circulée	
Thème 3 : Partenariats sectoriels	
<i>Question principale : Dans quelle mesure la Délégation/District contribue-t-il au développement et au renforcement de partenariats et ou réseaux d'acteurs sectoriels en matière de santé ?</i> <i>* Quels sont les partenaires et comment arrivent-ils à sceller des partenariats avec la commune?</i>	
Sous-questions	Informations recueillies lors des entrevues
Composante : Accès et utilisation des services de santé de bas	
Composante : Approvisionnement en médicaments essentiels (génériques)	
Composante : Promotion des comportements favorables à la santé	
Composante : Activités de proximité (stratégies avancées, visites à domicile, counselling, sensibilisation de masse, Communication pour le Changement de Comportement)	
Thème 4 : Approche Genre et développement (GED)/ Égalité entre les sexes (ES) Résultant spécifiquement du financement des activités de santé	
<i>Question : principale : * Y a t- il eu préalablement une analyse de la situation des femmes et des enfants dans la commune?</i>	

Sous-questions	Informations recueillies lors des entrevues
Pour les Districts essentiellement, Existe-t-il dans votre plan de développement sanitaire (s'il existe) un aspect avec pour objectif la réduction des disparités entre les hommes et les femmes ?	
Comment percevez-vous le rôle des femmes et des groupements féminins dans le développement sanitaire? Quels sont les obstacles à leur participation à la prise de décision?	
Les femmes sont-elles plus sensibilisées à l'importance des soins de santé (vaccination, nutrition, suivi de la croissance, eau potable, assainissement, VIH-SIDA)?	
Thème 5 : Efficacité – Résultant spécifiquement de l'appui financier et technique au niveau provincial, du district	
<i>Question principale : *L'analyse de votre Plan de développement sanitaire et les réunions de suivi participatives font-elles constats de progrès significatifs ?</i>	
Sous-questions	Informations recueillies lors des entrevues
Améliorations spécifiques	

notées	
Dans quelle mesure les campagnes de masse (vaccination, supplémentation en vitamine A, fer/folates) reçoivent-ils l'appui des femmes et correspondent-ils à leur plaidoyer et demande?	
Quelles sont les résistances/pesanteurs socioculturelles qui enfreignent l'efficacité des actions d'envergure?	
<ul style="list-style-type: none"> • Quelles sont les histoires à succès ? • Quelles sont les stratégies qui contribuent à maintenir le support des bénéficiaires ? • Quels sont les contraintes et obstacles limitant le degré d'atteinte des résultats attendus? 	

Thème 6 : Efficience	
<i>Question : principale : * Dans quelle mesure les activités de développement sanitaire sont-elles efficaces dans leur exécution?</i>	
Sous-questions	Informations recueillies lors des entrevues
<p>Quelle est la capacité des systèmes administratifs et du Comité de gestion à générer l'information sur les coûts et résultats?</p> <p>Les ressources sont-elles utilisées tel que planifiées?</p> <p>Les intrants (en campagne de masse) sont-ils suffisants en qualité et quantité pour atteindre les résultats escomptés?</p>	
Thème 7 : Durabilité des acquis	
<i>Question : principale : * Jusqu'à quel point les activités et résultats sont-ils durables (auprès des bénéficiaires, des communautés, du District, de la Délégation)?</i>	
Sous-questions	Informations recueillies lors des entrevues
<p>Existe-t-il dans le district un système communautaire de préfinancement des soins et actes médicaux (mutuelles de santé ou autre forme de prévoyance en matière de santé)? Si oui, quel est le degré d'implication du Comité de gestion du</p>	

District? Sa contribution spécifique ?	
Dans quelle mesure le District contribue-t-il à la prise en charge financière des indigents (pauvres et sans soutien familiale et autres) Si oui, à quelles conditions? Si non pourquoi? (facteurs déterminants)	
La capacité institutionnelle, le cadre politique local et la place de la société civile permettent-ils d'assurer la durabilité des acquis	
<i>Comment les conditions sanitaires des communautés peuvent-elles être améliorées?</i>	
Quelles sont vos suggestions?	
Thème 8 : Communications – Initiatives et mécanismes spécifiques au niveau communal	
<i>Question : principale : * Les méthodes d'animation et de vulgarisation actuelles sont-elles suffisamment efficaces dans la mobilisation communautaire et dans la participation des femmes, issus notamment des groupes socio-économiques les plus vulnérables ?</i>	
Sous-questions	Informations recueillies lors des entrevues
Les méthodes d'animation sont-elles appropriées au	

<p>contexte et aux conditions locales?</p> <p>Les méthodes de vulgarisation facilitent-elles l'appropriation?</p>	
Thème 9 : Mesures opportunes	
<p><i>* Question : principale : Quelle est la capacité d'appréciation et de réponse des acteurs aux problématiques émergentes dans le secteur santé, y compris la lutte au VIH-SIDA/ tuberculose ?</i></p>	
Sous-questions	Informations recueillies lors des entrevues
<p>Comment peut-on répondre aux nouvelles problématiques émergentes ?</p>	
<p>Est-ce que le District entretient une communication privilégiée avec les autorités sanitaires (District de santé) pour déceler les problématiques émergentes en santé et VIH-SIDA?</p> <p>Comment les analyses conjoncturelles sont-elles communiquées aux gestionnaires sanitaires et comment se tient au courant des financements disponibles?</p>	

Que proposez-vous comme actions immédiates à prendre pour faire efficacement face aux problèmes du système de santé dans votre District ? Recommandations/réflexions prospectives de(s) interviewé(s) :	
Thème 10 : Approche sectorielle (Sectorwide approach – Swap) et programmation stratégique dans le secteur	
<i>* Question : principale : Quelle est votre appréciation sur la coordination des bailleurs (au niveau national et provincial) et la structure de gouvernance de manière générale ?</i>	
Sous-questions	Informations recueillies lors des entrevues
Quelle est votre appréciation sur la coordination des bailleurs de manière générale ?	
Quels sont les points positifs que vous pouvez tirer sur l'approche sectorielle santé (SWAp) ?	
Quelle appréciation faites-vous de la gouvernance dans le secteur de la santé (au niveau central et local) ?	La participation communautaire : La transparence et la redevabilité : L'équité : L'efficacité des services :

	Le respect des normes et procédures :
--	--

Autres personnes rencontrées : (Nom et titre)	
Synthèse du Chercheur :	

Cadre de collecte des données auprès des structures de co-gestion (COSA, COGE)

Date :	District de santé :
Nom du principal représentant :	Arrondissement :
Titre de l'intervention/activité :	Nombre de mois d'activités

Thème 1 : Opportunités et contraintes du secteur de la santé et les synergies en place/potentielles	
<i>Question principale : Quelles sont les opportunités et contraintes du secteur de la santé dans votre district ?</i>	
Sous-questions	Informations recueillies lors des entrevues
Dans la mise en œuvre de la politique sanitaire au niveau du District de santé, quels sont les facteurs qui influencent le choix des interventions et /ou sont pris en considération? (Forces, faiblesses, opportunités, menaces?	<p><u>Faiblesses :</u></p> <p><u>Forces :</u></p> <p><u>Opportunités :</u></p> <p><u>Menaces :</u></p>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Les grandes orientations du district de santé prennent-elles en compte les axes stratégiques définis dans la Stratégie Sectorielle de la Santé ▪ Quelles sont les 5 priorités en matière de santé dans votre district sanitaire? 	
Quel est le degré de cohérence global entre les orientations de la Délégation provinciale de la santé et les priorités du District de santé,	

comment les priorités sont-elles intégrées et prises en compte dans les actions au niveau des structures sanitaires du District ?	
Quels sont les mécanismes de synergie créés avec les Partenaires au développement? Comment le District sanitaire se tient- ils informés des interventions de différents acteurs?	
Quels sont les mécanismes de concertation et de mobilisation avec les bénéficiaires ciblés, les acteurs locaux, les partenaires : institutions, ONGs nationales et ou internationales?	
Quels sont les axes d'intervention priorités dans le contexte de lutte contre la pauvreté dans la province? Y a-t-il adéquation avec la stratégie de réduction de la pauvreté ?	

<p>Comment sont pris en compte les axes transversaux dans votre plan de développement sanitaire du District ? : dimension genre, VIH-SIDA, eau et assainissement?</p> <p><i>NB : Récupérer une copie de ce Plan de Développement Sanitaire s'il existe.</i></p>	
<p>Le cadre de suivi et évaluation permet-il une actualisation des informations et des données du terrain et d'en assurer la fiabilité?</p> <p>S'il n'existe pas un cadre de suivi-évaluation, comment les réalisations sont-elles mesurées et partagées?</p>	
Thème 2 : Profil de gouvernance	
<i>Question principale : Compte tenu des protocoles d'entente signés avec des partenaires au développement sanitaire et/ ou des ONS/Associations, la structure de gouvernance contribue-t-elle de façon substantielle à :</i>	
Sous-questions	Informations recueillies lors des entrevues
Revue du niveau de collaboration entretenu avec	

les partenaires	
Revue de la participation réelle et à la prise en compte effective des besoins des bénéficiaires ainsi que de l'amélioration de leur représentativité et de leurs plaidoyers	
Appréciation de la promotion des changements de comportement dans les communautés ciblées	
L'optimisation de l'apport des organisations à base communautaires (OBC) et à l'amélioration de leurs capacités organisationnelles et compétences techniques, au besoin?	
L'établissement de partenariats sectoriels stratégiques (acteurs clés) et complémentaires (multisectorialité) pour accroître la durabilité et la portée des résultats atteints	
La réflexion stratégique et à	

la prise de décision éclairée pour la définition et la mise en œuvre expéditive du budget au besoin, des mesures de correction?	
La qualité et à la quantité tant de la communication que de l'information circulée	
Thème 3 : Partenariats sectoriels	
<i>Question principale : Dans quelle mesure le District contribue-t-il au développement et au renforcement de partenariats et ou réseaux d'acteurs sectoriels en matière de santé ?</i>	
<i>* Quels sont les partenaires et comment arrivent-ils à sceller des partenariats avec la commune?</i>	
Sous-questions	Informations recueillies lors des entrevues
Composante : Accès et utilisation des services de santé de base	
Composante : Approvisionnement en médicaments essentiels (génériques)	
Composante : Promotion des comportements favorables à la santé	
Composante : Activités de proximité (stratégies avancées, visites à domicile, counseling, sensibilisation de masse, Communication	

pour le Changement de Comportement)	
Thème 4 : Approche Genre et développement (GED)/ Égalité entre les sexes (ES) Résultant spécifiquement du financement des activités de santé	
<i>Question : principale : * Y a-t-il eu préalablement une analyse de la situation des femmes et des enfants dans la commune?</i>	
Sous-questions	Informations recueillies lors des entrevues
Existe-t-il dans votre plan de développement sanitaire (s'il existe) un aspect avec pour objectif la réduction des disparités entre les hommes et les femmes ?	
Comment les autorités locales, perçoivent-elles le rôle des femmes et des groupements féminins dans le développement sanitaire? Quels sont les obstacles à leur participation à la prise de décision?	
Les femmes sont-elles plus sensibilisées à l'importance des soins de santé (vaccination, nutrition, suivi de la croissance, eau potable, assainissement, VIH-SIDA,,,)?	
Thème 5 : Efficacité – Résultant spécifiquement de l'appui financier et technique au niveau communal	
<i>Question principale : *L'analyse de votre Plan de développement sanitaire et les réunions de suivi participatives font-elles constats de progrès significatifs ?</i>	

Sous-questions	Informations recueillies lors des entrevues
Améliorations spécifiques notées	
Dans quelle mesure les campagnes de masse (vaccination, supplémentation en vitamine A, fer/folates) reçoivent-ils l'appui des femmes et correspondent-ils à leur plaidoyer et demande?	
Quelles sont les résistances/pesanteurs socioculturelles qui enfreignent l'efficacité des actions d'envergure?	
<ul style="list-style-type: none"> • Quelles sont les histoires à succès ? • Quelles sont les stratégies qui contribuent à maintenir le support des bénéficiaires ? • Quels sont les contraintes et obstacles limitant le degré d'atteinte des résultats 	

attendus?	
Thème 6 : Efficience	
<i>Question : principale : * Dans quelle mesure les activités de développement sanitaire sont-elles efficaces dans leur exécution?</i>	
Sous-questions	Informations recueillies lors des entrevues
<p>Quelle est la capacité des systèmes administratifs et du Comité de gestion à générer l'information sur les coûts et résultats?</p> <p>Les ressources sont-elles utilisées tel que planifiées?</p> <p>Les intrants (en campagne de masse) sont-ils suffisants en qualité et quantité pour atteindre les résultats escomptés?</p>	
Thème 7 : Durabilité des acquis	
<i>Question : principale : * Jusqu'à quel point les activités et résultats sont-ils durables (auprès des bénéficiaires, des communautés, du District)?</i>	
Sous-questions	Informations recueillies lors des entrevues
Existe-t-il dans le district un système communautaire de préfinancement des soins et actes médicaux (mutuelles de santé ou autre forme de prévoyance en matière de santé)? Si oui, quel est le degré d'implication du Comité de gestion du	

District? Sa contribution spécifique ?	
Dans quelle mesure le District contribue-t-il à la prise en charge financière des indigents (pauvres et sans soutien familiale et autres) Si oui, à quelles conditions? Si non pourquoi? (facteurs déterminants)	
La capacité institutionnelle, le cadre politique local et la place de la société civile permettent-ils d'assurer la durabilité des acquis	
<i>Comment les conditions sanitaires des communautés peuvent-elles être améliorées?</i>	
Quelles sont vos suggestions	
Thème 8 : Communications – Initiatives et mécanismes spécifiques au niveau communal	
<i>Question : principale : * Les méthodes d'animation et de vulgarisation actuelles sont-elles suffisamment efficaces dans la mobilisation communautaire et dans la participation des femmes, issus notamment des groupes socio-économiques les plus vulnérables ?</i>	
Sous-questions	Informations recueillies lors des entrevues

<p>Les méthodes d’animation sont-elles appropriées au contexte et aux conditions locales?</p> <p>Les méthodes de vulgarisation facilitent-elles l’appropriation?</p>	
Thème 9 : Mesures opportunes	
<p><i>* Question : principale : Quelle est la capacité d’appréciation et de réponse des acteurs aux problématiques émergentes dans le secteur santé, y compris la lutte au VIH-SIDA/ tuberculose ?</i></p>	
Sous-questions	Informations recueillies lors des entrevues
<p>Comment peut-on répondre aux nouvelles problématiques émergentes ?</p>	
<p>Est-ce que le District entretient une communication privilégiée avec les autorités sanitaires (District de santé) pour déceler les problématiques émergentes en santé et VIH-SIDA?</p> <p>Comment les analyses conjoncturelles sont-elles communiquées aux gestionnaires sanitaires et comment se tient au courant des financements</p>	

disponibles?	
Que proposez-vous comme actions immédiates à prendre pour faire efficacement face aux problèmes du système de santé dans votre District ? Recommandations/réflexions prospectives de(s) interviewé(s) :	
Autres personnes rencontrées : (Nom et titre)	
Synthèse du Chercheur :	

Cadre de collecte des données auprès des collectivités décentralisées.

Date :	Commune de :
Nom du principal représentant :	Arrondissement :

Titre de l'intervention/activité :	Nombre de mois d'activités
------------------------------------	----------------------------

Thème 1 : Opportunités et contraintes du secteur de la santé et les synergies en place/potentielles	
Question principale : Quelles sont les opportunités et contraintes du secteur de la santé dans votre collectivité ?	
Sous-questions	Informations recueillies lors des entrevues
Dans la mise en œuvre de la politique sanitaire au niveau de votre entité territoriale, quels sont les facteurs qui influencent le choix des interventions et /ou sont pris en considération? (Forces, faiblesses, opportunités, menaces?	<p><u>Faiblesses</u> :</p> <p><u>Forces</u> :</p> <p><u>Opportunités</u> :</p> <p><u>Menaces</u> :</p>
De quelle façon les activités et interventions en matière de santé contribuent-elles à la réalisation de votre plan de développement?	
Quel est le degré de cohérence global entre les orientations de la Délégation provinciale de la santé et les priorités de développement sanitaire de la commune, comment les priorités sont-elles intégrées et prises en	

compte dans les actions au niveau des structures sanitaires?	
Quels ont été les mécanismes de synergie créés avec les Partenaires au développement? Comment la Commune et le District sanitaire se tiennent-ils informés des interventions acteurs?	
Quels sont les mécanismes de concertation et de mobilisation avec les bénéficiaires ciblés, les acteurs locaux, les partenaires : institutions, ONGs nationales et ou internationales?	
Quels sont les axes d'intervention priorités dans le contexte de lutte contre la pauvreté dans la province? Y a-t-il adéquation avec la stratégie de réduction de la pauvreté ?	
Comment sont pris en compte les axes transversaux	

dans votre politique communale de développement sanitaire? : dimension genre, VIH-SIDA, eau et assainissement?	
<p>Le cadre de suivi et évaluation permet-il une actualisation des informations et des données du terrain et d'en assurer la fiabilité?</p> <p>S'il n'existe pas un cadre de suivi-évaluation, comment les réalisations sont-elles mesurées et partagées?</p>	
Thème 2 : Profil de gouvernance	
<i>Question principale : Compte tenu des protocoles d'entente signés avec des partenaires au développement sanitaire et/ ou des rapports formels existants avec les districts sanitaires, la structure de gouvernance contribue-t-elle de façon substantielle à :</i>	
Sous-questions	Informations recueillies lors des entrevues
Revue du niveau de collaboration entretenu avec les partenaires	
Revue de la participation réelle et à la prise en compte effective des besoins des	

bénéficiaires ainsi que de l'amélioration de leur représentativité et de leurs plaidoyers	
Appréciation de la promotion des changements de comportement dans les communautés ciblées	
L'optimisation de l'apport des organisations à base communautaires (OBC) et à l'amélioration de leurs capacités organisationnelles et compétences techniques, au besoin?	
L'établissement de partenariats sectoriels stratégiques (acteurs clés) et complémentaires (multisectorialité) pour accroître la durabilité et la portée des résultats atteints	
La réflexion stratégique et à la prise de décision éclairée pour la définition et la mise en œuvre expéditive du budget communal au besoin, des mesures de correction?	

La qualité et à la quantité tant de la communication que de l'information circulée	
Thème 3 : Partenariats sectoriels	
<i>Question principale : Dans quelle mesure la commune contribue t-elle au développement et au renforcement de partenariats et ou réseaux d'acteurs sectoriels en matière de santé ?</i>	
<i>* Quels sont les partenaires et comment arrivent-ils à sceller des partenariats avec la commune?</i>	
Sous-questions	Informations recueillies lors des entrevues
Composante : Accès et utilisation des services de santé de base	
Composante : Approvisionnement en médicaments essentiels (génériques)	
Composante : Promotion des comportements favorables à la santé	
Composante : Renforcement des capacités familiales, communautaires et locale	
Thème 4 : Approche Genre et développement (GED)/ Égalité entre les sexes (ES) Résultant spécifiquement du financement des activités de santé	
<i>Question : principale : * Y a il eu préalablement une analyse de la situation des femmes et des enfants dans la commune?</i>	
Sous-questions	Informations recueillies lors des entrevues
Existe-t-il dans votre politique communale en matière de santé un aspect	

avec pour objectif la réduction des disparités entre les hommes et les femmes ?	
Comment les autorités locales, perçoivent-elles le rôle des femmes et des groupements féminins dans le développement sanitaire? Quels sont les obstacles à leur participation à la prise de décision?	
Les femmes sont-elles plus sensibilisées à l'importance des soins de santé (vaccination, nutrition, suivi de la croissance, eau potable, assainissement, VIH-SIDA)?	
Thème 5 : Efficacité – Résultat spécifiquement de l'appui financier et technique au niveau communal	
<i>Question principale : *L'analyse de votre PDC et les réunions de suivi participatives font-elles constats de progrès significatifs ?</i>	
Sous-questions	Informations recueillies lors des entrevues
Améliorations spécifiques notées	
Dans quelle mesure les campagnes de masse (vaccination, supplémentation en vitamine	

A, fer/folates) reçoivent-ils l'appui des femmes et correspondent-ils à leur plaidoyer et demande?	
Quelles sont les résistances/pesanteurs socioculturelles qui enfreignent l'efficacité des actions d'envergure?	
<ul style="list-style-type: none"> • Quelles sont les histoires à succès ? • Quelles sont les stratégies qui contribuent à maintenir le support des bénéficiaires ? • Quels sont les contraintes et obstacles limitant le degré d'atteinte des résultats attendus? 	
Thème 6 : Efficience	
<i>Question : principale : * Dans quelle mesure les activités de développement sanitaire sont-elles efficaces dans leur exécution?</i>	
Sous-questions	Informations recueillies lors des entrevues
Quelle est la capacité des systèmes administratifs et communaux à générer l'information sur les coûts et	

<p>résultats?</p> <p>Les ressources sont-elles utilisées tel que planifiées?</p> <p>Les intrants (en campagne de masse) sont-ils suffisants en qualité et quantité pour atteindre les résultats escomptés?</p>	
Thème 7 : Durabilité des acquis	
<i>Question : principale : * Jusqu'à quel point les activités et résultats sont-ils durables (auprès des bénéficiaires, communautés, communes)?</i>	
Sous-questions	Informations recueillies lors des entrevues
<p>La commune appuie-t-elle un système de préfinancement des soins et actes médicaux (mutuelles de santé ou autre forme de prévoyance en matière de santé)? Si oui, quel est son degré d'implication, sa contribution spécifique ?</p>	
<p>Dans quelle mesure la commune contribue à accroître les capacités financières de manière à aider les indigents (pauvres et sans soutien familiale et autres)</p> <p>Si oui, à quelles conditions?</p>	

Si non pourquoi? (facteurs déterminants)	
La capacité institutionnelle, le cadre politique local et la place de la société civile permettent-ils d'assurer la durabilité des acquis	
<i>Comment les conditions sanitaires des communautés peuvent-elles être améliorées?</i>	
Quelles sont vos suggestions?	
Thème 8 : Communications – Initiatives et mécanismes spécifiques au niveau communal	
<i>Question : principale : * Les méthodes d'animation et de vulgarisation actuelles sont-elles suffisamment efficaces dans la mobilisation communautaire et dans la participation des femmes, issus notamment des groupes socio-économiques les plus vulnérables ?</i>	
Sous-questions	Informations recueillies lors des entrevues
Les méthodes d'animation sont-elles appropriées au contexte et aux conditions locales? Les méthodes de vulgarisation facilitent-elles l'appropriation?	
Thème 9 : Mesures opportunes	
<i>* Question : principale : Quelle est la capacité d'appréciation et de réponse des acteurs aux problématiques émergentes dans le secteur santé, y compris la lutte au VIH-SIDA/ tuberculose ?</i>	

Sous-questions	Informations recueillies lors des entrevues
Comment peut-on répondre aux nouvelles problématiques émergentes ?	
<p>Est-ce que la commune entretient une communication privilégiée avec les autorités sanitaires (District de santé) pour déceler les problématiques émergentes en santé et VIH-SIDA?</p> <p>Comment les analyses conjoncturelles sont-elles communiquées aux gestionnaires sanitaires et comment se tient au courant des financements disponibles?</p>	
<p>Que proposez-vous comme actions immédiates à prendre pour faire efficacement face aux problèmes du système de santé dans votre commune ?</p> <p>Recommandations/réflexions prospectives de(s) interviewé(s) :</p>	

Autres personnes rencontrées : (Nom et titre)	
Synthèse du Chercheur :	

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

A

AARON H, MCGUIRE M.C. (1970), « Public Goods and Income Distribution », *Econometrica*, 38 (6), 907-920.

ACTON J.P. (1975), « Nonmonetary factors in the demand of health services. Some empirical evidence », *Journal of Political Economy*, 83, 595-616.

AERTS J-J., COGNEAU D., HERRERA J., DE MONCHY G., ROUBAUD F. (2000), *L'économie Camerounaise : un espoir évanoui*, Paris, Karthala, 287 p.

AGHION P., BOLTON P. (1997), « A theory of trickle-down growth and development », *Review of Economic Studies*, 64 (2), 151-172.

AKIN J.S., GUILKEY D.K., POPKIN B.M. (1981), «The demand for child health services in the Philippines », *Social Science and Medicine*, vol. 13, 249-257.

AKIN J-S., GUILKEY D-K., DENTON E-H. (1995), « Quality of services and demand for health care in Nigeria: a multinomial probit estimation », *Social Science and Medicine*, 40 (11), 1527-1537.

AKOTO E. M., AKA K., LAMLENN B.S. (2002), *Se soigner aujourd'hui en Afrique de l'Ouest : pluralisme thérapeutique entre tradition et modernité (Benin, Côte d'Ivoire, mali)*, Yaoundé, Saint Paul, 264 p.

ALKIRE S. (2002), « Dimensions of Human Development », *World Development*, 30 (2), 181-205.

AMOUZOU A. (2007), *Socioeconomic differences in Health, Nutrition and Population within developing countries – An overview*, Washington DC, the World Bank.

ANAND S. (2004), *The concern for equity in health*. In *Public health, ethics, and equity* Sen A-K., Anand S., Peter F. (eds), Oxford University Press.

ANAND S., RAVALLION M. (1993), « Human Development in Poor Countries: On the Role of Private Incomes and Public Services », *Journal of Economic Perspectives*, 7, 133-150.

ANAND S., SEN A-K. (1994), « Human Development Index: Methodology and Measurement », *Occasional Paper 12, United Nations Development Programme*, Human Development Report Office, New York.

ANDERSON J. (1975), *Public Policy-making*, New York, Praeger. Co.

ARAAR A. (2006), « Poverty, Inequality and Stochastic Dominance. The theory and practices: illustrations with Burkina Faso Surveys », *Working Paper 06-34, CIRPEE*. Department of Economics, Laval University.

ARNESON R.-J. (1989), « Equality of opportunity for welfare », *Philosophical Studies*, 56, 77-93.

ARNSPERGER C., VAN PARISJ P. (2005), *Ethique économique et sociale*, Paris, La Découverte, Collection Repères, 123 p.

ARON R. (1975), *Démocratie et totalitarisme*. Paris, Gallimard, 1965, cité [in coll. Idées], 21-22.

ARROW K. J. (1951), *Social Choice and Individual Values* [2nd éd: 1963], Yale University Press, New York : Wiley, 153 p.

ATKINSON A. (1970), « On the Measurement of Inequality », *Journal of Economic Theory*, n°2, 244–263.

AUDIBERT M., MATHONNAT J., DE ROODENBEKE E. (2004), « Financement de la santé dans les pays à faible revenu : questions récurrentes, nouveaux défis », *Médecine Tropicale*, 64 : 6, 552-560.

B

BAGOLIN I., ÁVILA R. (2006), « Poverty distribution song the Brazilian states: a multidimensional analysis using capabilities and needs approaches », *Anais do XXXIV Encontro Nacional de Economia* (Proceedings of the 34th Brazilian Economics Meeting),

BALME R. (1999), « L'analyse des politiques publiques est-elle exportable dans l'espace postcommuniste? » In : *Cahiers Anatole Leroy – Beaulieu, les Politiques publiques en Russie*, Dauce F. (Dir.), Paris, n°3.

BANQUE MONDIALE (2010), *Evaluation des dommages, des pertes et des besoins : Notes d'orientation*, Banque internationale pour la reconstruction et le développement/ Banque mondiale 1818 H Street NW, 92 p.

BANQUE MONDIALE. (2003), *Série des Documents de Travail sur le Développement Humain dans la Région Afrique*, 105, 2003.

BARBIER J-C. (2001), *Des modèles d'insertion en Europe ? Communication au colloque de l'Association d'Economie Politique* 'Les défis de l'intégration sur les marchés du travail'. Montréal, 25-26 octobre 2001.

BARDACH E. (2000), *A practical guide for policy analysis: the eightfold path to more effective problem solving*. New York: Chatham House Publishers Seven Bridges Press.

BATIFOULIER P., GADREAU M. (2006), « Comportement du médecin et politique économique de santé. Quelle rationalité pour quelle éthique ? », *Journal d'économie médicale*, 24 (5), 229-239.

BAYART J-F. (2006), *L'Etat en Afrique : la politique du ventre*, Paris, coll. « Espace du politique », 439 p.

BECKER G. S. (1964), *Human capital. A theoretical and empirical analysis, with special reference to education*, Chicago: University of Chicago Press, (2e éd.: 1975; 3ème: 1994), 412 p.

BEGG D., FISCHER S., DORNBUSCH, R. (2002), *Microéconomie*, adaptation française de Bernard Bernier et Henri-louis Védie: édition Dunod, 2^{ème} édition.

BENTHAM J. (1789), *Introduction to the principles of morals and legislation*, London : Adamant Media Corporation, (édition 2005), 457 p.

BERCHE T (1998), *Anthropologie et santé publique en pays dogon*, Paris: APAD-Karthala, 221.

BERTHELEMY J.C. (2008), « Les relations entre santé, développement et réduction de la pauvreté », *Comptes Rendus de l'Académie des Sciences, Biologies*, 331, 903-918.

BERTIN A. (2005), « La liberté comme enjeu du développement : une lecture critique de Development as Freedom d'Amartya Sen », *Economies et Sociétés, Cahiers de l'ISMEA*, 39 (3), 565-587.

BERTIN A. (2007), *Pauvreté monétaire, pauvreté non monétaire : une analyse des interactions appliquée à la Guinée*, Thèse de doctorat, GREThA, Université Montesquieu Bordeaux 4, 462 p.

BINAM J. N., NKENDAH R., NKELZOK V. (2005), « Préfinancement communautaire et accessibilité aux soins de santé de base : une évaluation du consentement à payer de ménages ruraux au Cameroun », *6^{eme} Conférence annuelle du Global Development Network (GDN)*, 24 au 26 janvier 2005, Dakar, Sénégal.

BLACK D., MORRIS J. N., SMITH C., TOWNSEND P. (1982), *The Black Report*, Londres, Pelican.

BOURDIEU P., WACQUANT L. J. D. (1992), *Réponses*, Paris, Le Seuil, p.114.

BOURGUEIL Y. (2009), « Secteur ambulatoire : des enjeux majeurs d'organisation et de régulation pour l'avenir », in «Au chevet de la santé - Quel diagnostic? Quelles réformes?», Paris, La Découverte, *Regards croisés sur l'économie*, 5, 159-167.

BOYER R. (2000), « Is a finance-led growth regime a viable alternative to Fordism? A preliminary analysis », *Economy and Society*, 29 (1), 111-145.

BRAVEMAN P. (1998), Monitoring equity in health: A policy-oriented approach in low- and middle-income countries (WHO/CHS/HSS/98.1). Geneva, World Health Organization.

BRUNAT M. (2010), *Analyse économique de l'accessibilité aux soins primaires en France : La question de l'organisation de l'offre de services de santé ambulatoires*, Thèse de Doctorat ès sciences Economiques, Université de Grenoble, 462 p.

BRAVEMAN P. (2003), « Monitoring Equity in Health and Healthcare : A Conceptual Framework », *Journal of Health Population Nutrition*, 21 (3), 2003, 181-192.

BREMAN A., SHELTON C. (2001), *Structural Adjustment and Health* Commission on Macroeconomics and Health, Paper WG6 : 6, June.

BRENNAN G. (1976), « The Distributional Implication of Public Goods », *Econometrica*, 44, 391-399.

BRUNAT M., FARGEON V. (2010), « Disparités de recours aux soins de première intention des bénéficiaires de la CMU-C : un effet de l'organisation des services de santé? », *Regards*, 152-168.

BURNSIDE C., DOLLAR D. (2000), « Aid, Policies, and Growth », *American Economic Review*, 90, 847-68.

C

CAILLE A. (1981), « La sociologie de l'intérêt est-elle intéressante », *Sociologie du Travail*, n°4.

CARRE J.J., DUBOIS P., MALINVAUD E. (1973), *Abrégé de la croissance française*, Editions Seuil, 'Points Economie'.

CASTRO-LEAL F, DAYTON J, DEMERY L, MEHRA K. (1999), « Public social spending in Africa : Do the poor benefit? », *World Bank Research Observer*, 14, 49–72.

CASTRO-LEAL F., DAYTON J., DEMERY L., MEHRA K. (2000), « Public spending on health care in Africa: do the poor benefit? », *Bulletin of the World Health Organization*, 78, 66-74.

CHELI B., LEMMI A. (1995), « A totally fuzzy and relative approach to the multidimensional analysis of poverty », *Economic Notes*, 1, 115-134.

CHIAPPERO M.E. (1996), *Standard of living evaluation based on Sen's approach: some methodological suggestions*, in Balestrino and Carter (eds.), 47-53.

COHEN G.-A. (1990), « Equality of What? On Welfare, Goods and Capabilities », *Recherches économiques de Louvain*, 56 (3-4), 357-382.

COLLINS C. (1994), *Management and organization of developing health systems*. Oxford: OUP. 285.

COMMEYRAS C. (2000), « Problématique du médicament au Cameroun. Etat des lieux de l'offre, de la demande, des prix de vente, et perspectives pour améliorer l'accessibilité financière », *Bulletin de Liaison et de Documentation de l'OCEAC*, 33 (4), 152-163.

CONSEIL SCIENTIFIQUE DE L'EVALUATION. (1996), *Petit Guide de l'Evaluation des Politiques Publiques*, Paris, La Documentation Française, 1996.

COOKSON R. (2005), « QALYs and the capability approach », *Health Economics*, n°1, 817-829.

COUFFINHAL A., DOURGNON P., GEOFFARD P-Y., GRIGNON M., JUSOT F., LAVIS J., NAUDIN F., POLTON D. (2005), « Politiques de réduction des inégalités de santé, quelle place pour le système de santé ? Un éclairage européen. Deuxième partie : quelques expériences européennes », *Questions d'Economie de la Santé*, n° 93.

CREESE A., KUTZIN J. (1997), « Lessons from cost recovery in health », in: C. Colclough (Eds.), *Marketizing education and health in developing countries, miracle or mirage?* Oxford : Clarendon press, 37-62.

CROZIER M., FRIEDBERG E. (1977), *L'acteur et le système*, Paris, Seuil, 445 p.

CULYER A. J., WAGSTAFF, A. (1993), « Equity and equality in health and health care », *Journal of Health Economics*, 12 (4), 431-457.

D

DAHLGREN G., WHITEHEAD M. (1991), *Policies and strategies to promote social equity in health. Background document to WHO - Strategy paper for Europe*. Stockholm, Institute of Futures Studies.

DAMODAR G. (2004), *Econométrie*, De Boeck Université, 4^{ème} édition, Université, Bruxelles, Belgique, 250 p.

DATT G., RAVALLION M. (1992), « Growth and redistribution components of changes in poverty measures: a decomposition with applications to Brazil and India in the 1980s », *Journal of Development Economics*, 38 (2), 275-295.

DAVIDSON R., DUCLOS J-Y. (1976), « Statistical inference for the measurement of the incidence of taxes and transfers », *Cahiers de Recherches 9521, Laval University*, Center for Research on Economics and Financial Applications.

DAVIS L. E., NORTH D. C. (1971), *Institutional Change and American Economic Growth*, Cambridge, Cambridge University Press.

DAVOODI H.R., TIONGSON E.R., ASAWANUCHIT S.S. (2003), *How Useful Are Benefit Incidence Analyses of Public Education and Health Spending?* International Monetary Fund Working Paper 03/227.

DEMERY L. (2000), « Benefit Incidence: A practitioner's guide », *Mimeo, Poverty and Social Development Group Africa Region*, Washington D.C., The World Bank Group.

DEMERY L., CHAO S., BERNIER R., MEHRA K. (1995), « The Incidence of Social spending in Ghana », *PSD Discussion Paper Series 19704*, Poverty and Social Policy Department, Washington D.C., The World Bank Group.

DESSUS S., LAFAY J-D., MORRISSE C. (1997), « Un modèle politico-économique des programmes de stabilisation en Afrique », *Revue d'Économie du Développement*, 4, 64-111.

DEVARADJAN S., DOLLAR D., HOLGMAN T. (1999), *Aid and Reform in Africa*. Paper presented at the IMF/World Bank Annual meeting, Washington, DC, 1999.

DEVARADJAN S., HOSSAIN S.I. (1995), « The Combined Incidence of Taxes and Public Expenditures in the Philippines », *World Bank Policy Research Paper* 1543 November.

DOLAN P., GUDEX C., KIND P., WILLIAMS A. (1996), « Valuing health states: a comparison of methods », *Journal of Health Economics*, 15 (2), 209-231.

DOMAR E.D. (1957), *Essays in the Theory of Growth*. Londres, Greenwood Press, 272 p.

DOUMBOYA S. F., KABA A., KEITE M., BAH O. DOUMBOYA M.L., CAMARA K. (2009), «educational and health public utilities in Guinea: redistributive effects of Government politics », *Poverty and Economic Policy Research Network Working Paper* N° PMMA – 2009 – 02.

DOZON J.P. (1987), « Ce que valoriser la médecine traditionnelle veut dire », In *Politique africaine. Politique de santé*, Karthala, Paris, p. 9.

DUBOIS D., PRADE H. (1980), *Fuzzy Sets and Systems, Theory and Applications*, Academic Press, 393 p.

DUBOIS V. (2009), « Action publique », in COHEN A., LACROIX B., RIUTORT Ph., dir., *Nouveau manuel de science politique*, Paris, La Découverte.

DUCLOS J.-Y., ARAAR A. (2006), « Poverty and Equity: Measurement, Policy and Estimation with DAD » Springer/CRDI, 416 p.

DUCLOS, J-Y. (1993), « Progressivity, Redistribution and Equity, with Application to the British Tax and Benefit System », *Public Finance /Finances Publiques*, 48 (3) 350-365.

DUFLO E., BANERJEE A. (2007), « The Economic Lives of the Poor», *Journal of Economic Perspectives*, 21 (1), 141-167.

DURKHEIM E. (1996), *De la division du travail social* (édition adaptée de 1893), Paris, PUF, 416 p.

DWORKIN R. (1981a), « What is Equality ? Part 1: Equality of Welfare », *Philosophy and Public Affairs*, 10, 185-246.

DWORKIN R. (1981b), « What is Equality ? Part 2: Equality of Resources », *Philosophy and Public Affairs*, 10, 283-345.

E

EASTWOOD R, LIPTON M. (1999), « The impact of changes in human fertility on poverty », *Journal of Development Studies*, 36, 1-30.

EMTCHEU E., NGUIDJOE A., TCHEUFA B. (1998), *Rapport de la mission juridique pour l'élaboration des statuts des CAPP: rapport au Ministère de la Santé Publique du Cameroun*. République du Cameroun, Ministère de la Santé Publique: Yaoundé (Cameroun), p11.

ENGUELEGUELE M. (2002), *L'analyse des politiques publiques en Afrique subsaharienne : les apports de la notion de « référentiel » et du concept de « médiation »*, In : Afrique Politique, Paris, Karthala, p. 234.

ENQUÊTE DÉMOGRAPHIQUE ET DE SANTÉ – EDS. (1991), Bureau Central de Recensements et des Études de Population – Cameroun, ORC Macro International, 1991.

ENQUÊTE DÉMOGRAPHIQUE ET DE SANTÉ – EDS. (1998), Bureau Central de Recensements et des Études de Population – Cameroun, ORC Macro International, 1998.

ENQUÊTE DÉMOGRAPHIQUE ET DE SANTÉ – EDS. (2004), Bureau Central de Recensements et des Études de Population – Cameroun, Mesure DHS+, ORC Macro, 2004.

ERREYGERS G. (2006), *Correcting the Concentration Index*, University of Antwerp, Faculty of Applied Economics, Research Paper 2006-027

EUZEBY A. (2002), « Protection sociale et justice sociale : quelques points de repères », *Droit Social*, 9-10, 812-816.

EVANS R., STODDART G. (1990), Producing health, consuming healthcare. *Social Science and Medicine*, 31 (12), 1347-1363.

F

FARGEON V., BRUNAT M. (2007), « Les réseaux de santé, quelle évaluation ? Eléments d'analyse à partir d'un réseau de santé gériatrique », *Journal d'Économie Médicale*, 25 (4), 193-206.

FASSIN D. (1992), *Pouvoir et maladie en Afrique*, Paris, PUF, coll. Les champs de la santé, 359 p.

FILMER D. (2003), « The Incidence of Public Expenditures on Health and Education », background Note for World Development Report 2004: *Making Services Work for Poor People*, Draft, Washington D.C., The World Bank Group.

FILMER D., PRITCHETT L.H. (2001), « Estimating wealth effects without expenditure data or tears: an application to educational enrolments in states of India », *Demography*, 38 (1), 115-132.

FLEURBAEY M. (1995), « Equal Opportunity or Equal Social Outcome? » *Economics and Philosophy*, 11, 25-55.

FLEURBAEY M. (1996), *Théories économiques de la justice*, Paris, Economica, 250 p.

FLICHY P. (1995), *L'innovation technique. Récents développements en sciences sociales. Vers une nouvelle théorie de l'innovation*. Paris : La Découverte, 172-173.

FLORI Y.A., TIZIO S. (2000), « Les Politiques sanitaires subsahariennes : efficacité versus équité ou efficacité ergo équité ? À la recherche d'une synthèse », In : Alcouffe et *al.*, *Efficacité versus équité en Économie sociale*, Paris, L'Harmattan, 467- 478.

FOGHA T. (1990), *Contribution à l'étude de la clientèle de la "thérapie spirituelle": le cas d'un thérapeute de la ville de Yaoundé*. Thèse de doctorat en médecine, Centre Universitaire des Sciences de la Santé, Université de Yaoundé.

FONTENEAU B. (eds). *L'Economie sociale et solidaire au Nord et au Sud*, Bruxelles, Université De Boeck, 1999, 271p.

FOUNOU-TCHUIGOUA B. (1994), *L'échec de l'ajustement en Afrique*, Alternatives Sud, Centre Tricontinental, Louvain-la-Neuve, 1 (2), 11p.

FOURNIER P., HADDAD S. (1995), « Les facteurs associés à l'utilisation des services de santé dans les pays en développement », in GERARD H. *et al.*, *La sociologie des populations*, Montréal, AUPELF/UREF, 289-325

G

GADREAU M. (1983), « L'inflation médicale : hasard ou nécessité? » *Schweiz Zeitschrift für Volkswirtschaft und Statistik*, 3, 279-305.

GADREAU M., TIZIO S. (2000), « Quels fondements pour les politiques sanitaires subsahariennes », *Economies et Sociétés*, série R, 11, 241-266.

GERTLER P., FERNALD L. (2004), « The medium term impact of Oportunidades on child growth and development in rural areas of Mexico », Cuernavaca, Mexico: *Instituto Nacional de Salud Publica*.

GERTLER P., GLEWWE P. (1990), « The willingness to pay for education in developing countries: Evidence from rural Peru », *Journal of Public Economics*, 42, 251-273.

GERTLER P., VAN DER GAAG J. (1990), « The willingness to pay for medical care countries: Evidence from two developing countries », *Published for the World Bank by Johns Hopkins University Press*, n°9, 139 p.

GLICK P., SAHA R., YOUNGER S.D. 2004. « Integrating Gender into Benefit Incidence and Demand Analysis », *Food and Nutrition Policy Program*, Cornell University.

GREEN A., COLLINS C. (2003), « Health systems in developing countries: public sector managers and the management of contradictions and change », *Int J Health Plann Manage*, 18 (1), 67-78.

REINER W. GRAF J-M., SCHULENBURG S., FLEBA S. (2001), « Innovations in health care financing in developing countries », *Journal of Public Health*, 9 (3), 261-272.

GROSSMAN M. (1972), « On the Concept of Health Capital and the Demand for Health », *Journal of Political Economy*, 80 (2), 223-255.

GROSSMAN M. (1999), *The human capital model of the demand for health*, NBER, Working Paper 7078.

GRUENAI S-M-E. (2001), *L'organisation locale des politiques de santé en Afrique Centrale*. Institut de Recherche pour le Développement: Marseille. p.201.

GUERRIEN B. (2000), *Dictionnaire d'analyse économique*, La Découverte, coll. Repères.

GWATKIN D. (2001), « The need for equity-oriented health sector reforms », *International Journal of epidemiology*, 30, 720-723.

GWATKIN D., RUTSTEIN S., JOHNSON K., PANDE R., WAGSTAFF A.(2000), *Socioeconomic differences in health, nutrition and population*. Washington (DC): World Bank; Health, Nutrition and Population Discussion Paper.

GWATKIN D.R., BHUIYA A., VICTORA C.G. (2004), « Making health system more equitable », *Lancet*, 364, 1273-1280.

GWATKIN D.R., RUTSTEIN S., JOHNSON K., SULIMAN E., WAGSTAFF A., AMOUZOU A. (2007), *Socioeconomic differences in Health, Nutrition and Population within developing countries – An overview*, Washington DC, The World Bank Group.

H

HADDAD S., FOURNIER P. (1995), « Quality, cost and utilization of health services in developing countries. A longitudinal study in Zaïre », *Social Science and Medicine*, 40 (6), 743-753.

HAJER M. (2003), « La politique sans Polity? Analyse des politiques et le vide institutionnel », *Policy Sciences*, vol. 36, n°2, 175-195.

HALL P.A. (1997), « Le rôle des intérêts, des institutions et des idées dans l'économie politique comparée des pays industrialisés », *Revue Internationale de Politique Comparée*, 7 (1), 53-98.

HALL, P. A. (1993), « Policy Paradigm, Social Learning and the State, the Case of Economic Policy in Britain », *Comparative Politics*, 275-296.

HANCOCK T. (1986), « Lalonde and Beyond: Looking Back at a New Perspective on the Health of Canadians », *Health Promotion International*, 1 (1), 93-100.

HARROD R.F. (1937), « Mr. Keynes and Traditional Theory », *Econometrica*, 5, 74-86.

HASSENTEUFEL P. (2008), *L'Etat mis à nu par les politiques publiques*, dans B. BADIE et Y. DELOYE (dirs). *Le temps de l'Etat. Hommage en l'honneur de Pierre BIRNBAUM*, Paris, Fayard, 311-329.

HELLER P. (1982), « A model of the demand for medical and health services in peninsular Malaysia », *Social Science and Medicine*, 16, 267-284.

HICKS J. (1937), « Mr Keynes and the Classics: A suggested interpretation », *Econometrica*, 5, 147-59.

HODDINOTT J., SKOUFIAS E. (2004), « The impact of PROGRESA on food consumption », *Econ Devel Cult Change*, 53, 37-61.

HOOGLÉ L., MARKS G. (2002), « The Types of Multi-Level Governance », *Cahiers européens de sciences po*, 3, 2002.

HOUALA Y.A. (2006), *Existe-il des politiques publiques en Afrique? Une discussion à partir du terrain camerounais*. Communications dans le cadre du colloque de Bordeaux des 03 et 04 mars 2006, *L'Afrique des politiques publiques : banalité des terrains ou illusions méthodologiques?* CAEN et Maison des Sciences de l'Homme d'Aquitaine.

HUMPHRIES K., VAN DOORSLAER E. (2000), « Income-related inequalities in health in Canada », *Social Science and Medicine*, 50, 663-671.

ILLICH I. (1976), *Medical nemesis: the expropriation of health*. New York, Pantheon.

INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE (2001), Deuxième Enquête Camerounaise auprès des Ménages (ECAM), 13 volumes, 2001.

INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE. (2006), Enquête sur l'emploi et le secteur informel, 2006

INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE. (1996), Première Enquête Camerounaise auprès des Ménages (ECAM), 13 volumes, 1996.

INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE. (2007), Troisième Enquête Camerounaise auprès des Ménages (ECAM), Résultats préliminaires, 2007.

INTERNATIONAL MONETARY FUND – IMF- (2005), *2003-2004 Cameroon Country Report /249, p.197.*

J

JACOB S. (2004), « Évaluation », In : Boussagnet *et al.*, *Dictionnaire des politiques publiques*, Paris : Presses de Science Po.

JACQUET P. (2006), « Les enjeux de l'aide publique au développement », *Politique étrangère*, 941-954.

JAFFRE Y. (2000), *Facteurs socioculturels et santé. Santé publique des pays pauvres*. Les programmes de santé. ASDP, 48-49.

JENKINS S.P. (1988), « Reranking and the analysis of income redistribution », *Scottish Journal of Political Economy*, 35, 65–76.

JENKINS S., LAMBERT J. (1998), « Three 'I's of poverty curves and poverty dominance: TIPs for poverty analysis», *Research on Economic Inequality*, 8, 39-56

JOBERT B., MULLER P. (1987), *L'Etat en action. Politiques publiques et corporatismes*, Paris, PUF, 242 p.

JOBERT B. (1992), « Représentations sociales, controverses et débats dans la conduite des politiques publiques », *Revue française de science politique*, 2 (42), 219-234.

JOBERT B. (1995), « Rhétorique politique, controverses scientifiques et construction des normes institutionnelles: esquisse d'un parcours de recherche », In : Faure A., Pollet G., Warin P. (Dir.), *La construction du sens dans les politiques publiques. Débats autour de la notion de référentiel*, Paris, L'Harmattan, 13-24.

JONES C.O. (1970), *An introduction to the study of public policy*, Belmont, Calif., Wadsworth Pub.

K

KAHN R. (1984), *The Making of Keynes's General Theory*. Cambridge University Press.

KAHNEMAN D., A. KRUEGER (2006), « Developments in the Measurement of Subjective Well-Being », *Journal of Economic Perspectives*, 20 (1), 3-24.

KAKWANI N.C. (1977), « Measurement of Tax Progressivity: An International Comparison », *Economic Journal*, 87, 71–80.

KAKWANI N.C. (1977), « Measurement of tax progressivity, an international comparison », *Economic Journal*, 87, 71-80.

KAKWANI N.C., WAGSTAF A., VAN DOORSLAER E. (1997), « Socioeconomic inequalities in health: measurement, computation and statistical inference », *Journal of Econometrics*, 77 (1), 87-103.

KAMGNIA D. B., LEUNKEU W. S., TATSINKOU C., AFOR J. (2007), *Revealed Benefits and Poverty Targeting in Public Expenditures in Cameroon*. Paper presented at the 6th PEP Research Network General Meeting, Lima, Peru June 14-16, 2007.

KANJILAL B., MAZUMDAR P.G., MUKHERJEE M., HAFIZUR RAHMAN M. (2010), «Nutritional status of children in India: household socio-economic condition as the contextual determinant », *International Journal for Equity in Health*, 9-19.

KAUFMANN D., KRAAY A., MASTRUZZI M. (2007), *Governance Matters VI: Aggregate and Individual Governance Indicators 1996-2006*, World Bank, Working Paper WPS4280.

KAWABATA K., XU K., CARRIN G. (2002), « Preventing impoverishment through protection against catastrophic health expenditure “, *Bull World Health Organ*, 80 (8), 612-612.

KAWACHI I., KENNEDY B.P. (2005), « Socioeconomic determinants of health: health and social cohesion: why care about income inequality? », *British Medical Journal*, 314, 10-37.

KAWACHI I., SUBRAMANIAN S.V., ALMEIDA-FILHO N. (2002), « A glossary for health inequalities », *Journal of epidemiology and community health*, 56 (9), 647-652.

KENKEL D. S. (1994), « The Demand for Preventive Medical Care », *Applied Economics*, 26, 313-325.

KENKEL D. S. (1997), « On valuing morbidity, cost-effectiveness analysis and being rude », *Journal of Health Economics*, 16 (6), 749-757.

KEYNES J. M. (1926), *The End of Laissez-faire*, in *Collected Writings of John Maynard Keynes*, Cambridge : MacMillan, 9, 272-294.

KEYNES J. M. (1936), *The general theory of employment, interest and money*, London, Macmillan.

KNOEPFEL P., LARRUE C., VARONE F. (2001), *Analyse et pilotage des politiques publiques*, Bâle, Helbling & Lichtenhahn, 2001.

KRIEGER N.A. (2008), « Proximal, distal and the politics of causation: what's level got to do with it? », *Government, Politics and Law*, 98, 2, 221-230

KUNST A. E., MACKENBACH J.P. (1994), « The Size of Mortality Differences Associated with Educational Level in Nine Industrialized Countries », *American Journal of Public Health*, 84 (6), 932-937.

KUTZIN J. (1995), *Un cadre pour l'évaluation des reformes du financement de la santé*, OMS – Unité des systèmes et politiques de santé au niveau national: 27

KYDD J.G. (1988), Policy reform and adjustment in an economy under siege: Malawi 1980-87. *Inst. Dev. Stud. Bull.*, 19 (1), 31-41.

L

LACHAUD C., ROCHAIX L. (1995), « Equité des systèmes de santé : une comparaison européenne », *Revue d'Economie Financière*, numéro spécial santé, octobre 1995.

LAMIOT D., LANCRY P-J. (1989), *Protection sociale : les enjeux de la solidarité*. Paris Nathan, 191p.

LANDAIS C., PIKETTY T., SAEZ E. (2011), *Pour une révolution fiscale : Un impôt sur le revenu pour le XXI^e siècle*. Editions Le Seuil, Paris, 144 p.

LANJOUW P., RAVALLION M. (1999), « Benefit incidence, public spending reforms, and the timing of program capture », *World Bank Economic Review*, 13 (2), 257–273.

LANJOUW, P., RAVALLION M. (1998), Benefit Incidence and the Timing of Program Capture, Paper prepared as an input to the World Bank's 1998 Poverty Assessment for India, World Bank.

LANTUM N. (1984), *Pros and cons of traditional medicine in Cameroun*: Monograph extracted from Abbia, 37-39, Yaoundé, CUSS.

LASSWELL H. D. (1942), « The Relation of Ideological Intelligence to Public Policy », *Ethics*, 53 (1), 25-34.

LASSWELL H.D. (1970), « The emerging conception of the Policy Sciences », *Policy Sciences*, 1, 3-14.

LE HERON E., MOUAKIL T. (2008), « A Post-Keynesian Stock-Flow Consistent Model for the Dynamic Analysis of Monetary Policy Shock on Banking Behavior », *Metroeconomica*, 59 (3), 405-440.

LE PEN C. (1988), « Demande de soins, demande de santé », *Revue d'Economie Politique*, 98 (4), 458-471.

LECA J. (1986), *Traité de science politique*, Paris, PUF, Tome 1, Introduction.

LELOUP M., BALMES J.C. (1999), *Les secteurs Santé et Education au Cameroun*. Agence Française de Développement, Service des projets sociaux : Yaoundé, p. 13.

LINDBLOM C. (1959), « The Science of muddling through », *Public Administration Review*, 19, 78-88.

LOPEZ-ACEVEDO G., SALINAS A. (2000), « Marginal Willingness to Pay for Education and the Determinants of Enrolment in Mexico », *Policy Research Working Papers (WPS)* 2405, Washington D.C., The World Bank Group.

LOVELL N. (1995), *Pluralisme thérapeutique et stratégies de santé chez les Evhé du Sud-est Togo*, Paris, CEPED.

LU C., CHIN B., LI G., MURRAYD J.L.C. (2009), « Limitations of methods for measuring out-of-pocket and catastrophic private health expenditures », *Bull World Health Organ*, 87 (3), 238-244.

M

MACINKO J., STARFIELD B., SHI L. (2003), « The contribution of primary care systems to health outcomes in OECD countries, 1970-1998 », *Health Services Research*, 38 (3), 819-854.

MACKENBACH J.H., KUNST A.E. (1997), « Measuring the magnitude of socio-economic inequalities in health: an overview of available measures illustrated with two examples from Europe », *Social Science and Medicine*, 44 (6), 757-771.

MAREK T., EICHLER R., SCHNABL P. (2006), *Allocation de ressources et acquisition de services de santé en Afrique : qu'est-ce qui est efficace pour améliorer la santé des pauvres ?* Communication, African Region Human Development Working Paper Series 106, World Bank, Washington DC.

MARICAL F. (2007), « En quoi la prise en compte des transferts liés à la santé modifie-t-elle l'appréciation du niveau de vie ? », *Dossiers*, Insee, Paris.

MARITOUX J. BRUNETON C., BOUSCHARAIN P. (2000), *Le secteur pharmaceutique dans les Etats africains francophones*, in *La santé en Afrique, anciens et nouveaux défis*, La documentation française, Editor. Afrique Contemporaine: Paris, 210-229.

MARMOT M., WILKINSON R.G. (2006), *Social determinants of health*. Oxford university press, Oxford.

MATH A. (2002), « Les dépenses de protection sociale à destination des familles en Europe – des évolutions ni convergentes ni inéluctables », *Informations sociales*, n°102.

MBOUYAP K. Y-M. (2004), *Pluralisme thérapeutique au Cameroun : contribution à la compréhension des conduites de recours multiples*, Essai de mémoire de fin d'études démographiques, IFORD, 76 p.

MC CONNELL C.R., BRUE L.S. (2005), *Economics, principles, problems and policies*, Edition McGraw-Hill Irwin, part 6, 378-380.

MC PAKE B., KUTZIN J. (1997), *Méthodes d'évaluation des effets des réformes des systèmes de santé* Geneva: OMS (Division de l'analyse, de la recherche et de l'évaluation), 13.

MC KEOWN T. (1976), *The modern rise of population*. New York, Academic press Colgrove.

MEERMAN J. (1979), *Public Expenditures in Malaysia: Who Benefits and Why?* New York, Oxford University Press.

MENY Y., THOENIG J.C. (1989), *Politiques Publiques*, Paris, PUF, 391 p.

- MINISTÈRE DE LA SANTE PUBLIQUE (2001), *Stratégie Sectorielle de la Santé*, 2001, 100p.
- MINISTÈRE DE LA SANTE PUBLIQUE (2005), *Étude de l'accessibilité et des déterminants de recours aux soins et aux médicaments pour les populations du Cameroun*, 2005.
- MINISTÈRE DES AFFAIRES ECONOMIQUES, DE LA PROGRAMMATION ET DE L'AMENAGEMENT DU TERRITOIRE – MINPLAPDAT (2005), Document de stratégie Sectorielle de Développement Social du Cameroun, 3 volumes, 2005.
- MINISTÈRE DU PLAN ET DE L'AMÉNAGEMENT DU TERRITOIRE – MINEPAT. (2002), *Enquête sur le cadre de vie des ménages à Yaoundé et Douala*, 3 volumes, 2002.
- MIZHARI A. (1978), *Micro-économie de la consommation médicale*, Centre de recherche pour l'étude et l'observation des conditions de vie, 392 p.
- MONEKOSSO G.L. (eds) (1989), *L'Initiative de Bamako : quelques principes généraux*. Organisation Mondiale de la Santé, Bureau Régional pour l'Afrique : Brazzaville, 1989.
- MONTGOMERY M.R., GRAGOLATI M., KARTHELEEN A. B, EDMUNDO P. (2000), « Measuring living standards with proxy variables », *Demography*, 37 (2), 155-174.
- MORMICHE P. (1986), « Pratiques culturelles, profession et consommation médicale », *Economie et Statistiques*, 189, 39-50.
- MORMICHE P. (1995), « L'accès aux soins : évolution des inégalités entre 1980 et 1991 », *Économie et Statistique*, 282, Insee.
- MRRRISON C. (2002), « Santé, éducation et réduction de la pauvreté », *Cahiers de politique économique*, 19, Centre de développement de l'OCDE, Paris, 2002.
- MULLER P., SUREL Y. (1998), *L'analyse des politiques publiques*. Paris, Montchrétien, 126 p.
- MULLER P. (1995), *Les politiques publiques comme construction d'un rapport au monde*. In FAURE A., POLLET G., WARIN P. (dir.), *La construction du sens dans les politiques publiques - Débats autour de la notion de référentiel*. Paris: L'Harmattan, 153-179.
- MULLER P. (2000), « L'analyse cognitive des politiques publiques : vers une sociologie politique de l'action publique », *Revue Française de Science Politique*, 50 (2), 189-207.
- MULLER P. (2004), *Les politiques publiques*, Paris, PUF, 5ème édition, p. 63.
- MULLER P. (1990), *Les politiques publiques*, Paris, PUF, Que sais-je ? 127 p.

MUSGRAVE R. A., TIN T. (1948), « Income Tax Progression, 1929-48 », *Journal of Political Economy*, 56, 498–514.

MUSGRAVE R.A. (1990), « Horizontal equity, once more », *National Tax Journal*, vol. 43, 113-122.

MUSGRAVE R.A. (1959), *Theory of Public Finance*, New York, Mc Graw Hill.

MUURINEN J-M. (1982), « Demand for health : a generalized Grossman model », *Journal of Health Economics*, vol. 1, 5-28.

MWABU G., AINSWORTH M., NYAMETE A. (1993), « Quality of medical care and choice of medical treatment in Kenya : An empirical analysis », *The Journal of Human Resource*, 28 (4), 838-862.

N

NAHRATH S. (2003), *La mise en place du régime institutionnel de l'aménagement du territoire en Suisse entre 1960 et 1990*, Thèse de Doctorat présentée à l'Université de Lausanne, 588 p.

NATIONS UNIES. (1994), Conférence internationale sur la population et le développement, rapport final, Le Caire, 1994, 196 p.

NAUDET J-D. (2000), « L'aide au développement est-elle un instrument de justice ? » *L'Economie Politique*, 3ème trimestre 2000, 7, New York.

NDJITOYAP NDAM E. C. (2003), *De l'aide de santé... au médecin. Réflexions sur la genèse, l'évolution et les perspectives de la formation médicale au Cameroun*, Cameroon University Press, Séries Sciences pharmaceutiques et médicales, 62-65.

NEWHOUSE J. P., PHELPS C. E. (1974), « Coinsurance, the price of time, and the demand for medical services », *The review of Economics and Statistics*, 56 (3), 334-343.

NGASSAM A., ROUBAUD F. (1994), *Cameroun: un profil de pauvreté*. Banque Mondiale, Washington DC, Document de Travail, 112 p.

NGOKWEY. N. (2006), *A propos des femmes, des noirs et du développement. Questions sans réponses et autres essais*. L'Harmattan, Questions Contemporaines, 214 p.

NGOUFFO R., NKWENKEU F.S. (2006), *Street foods, schoolchildren morbidity and school performance in secondary education in the Western Cameroon*, Nutrition Third World, 2006 Brussels, 112 p. www.globalcube.net/clients/nutritio.

NKINS-SMITH H.C., SABATIER P.A. (1994), « Evaluating the Advocacy Coalition Framework - ACF », *Journal of Public Policy*, 14, 175-203.

NKWENKEU F. S., FARGEON, V., OFFREDI, C. (2010), *Evaluating Health Policies in Developing Economies Using Concentration Indices and Capability Approach: A Measurement of Health Inequalities Applied to Cameroon*. Proceedings of the 9th European Evaluation Society International Conference, October 2010, Prague, Czech Republic 'Evaluation in the Public Interest - Participation, Politics and Policy.'

NKWENKEU F. S. (2006), *Economic Partnership Agreements (EPAs): development comes first*. Breakfast meeting on the EPAs with EU- and ACP-Parliamentarians, 26th June 2006. Salon des Flacons, Käfer's Bistro, Kurhaus Wiesbaden Kurhausplatz 1, 65189 Wiesbaden.

NKWENKEU F. S. (2007), *Commerce international: partenariat biaisé*. Alternatives Economiques - n°256 - Mars 2007, Paris.

NKWENKEU F. S. (2007), *EPAs and Social Development: trends and challenges for African Countries*. The World Social Forum, Nairobi, 18 January 2007. Public conference.

NKWENKEU F. S. (2007), *Non coherent EPA Policy on Africa : impacts on livelihoods*. The World Social Forum, Nairobi, 20 January 2007. Public conference.

NKWENKEU F. S. (2009), *Addressing child morbidity and mortality in DRC : Can large scale conditional cash transfer programmes lead to better outcomes ?* Policy Paper presented at the Maastricht School of Governance, University of Maastricht, 2009 [Unpublished].

NKWENKEU F. S. (2010), *Les politiques publiques de santé en Afrique: entre efficacité et équité. Une analyse à partir de l'expérience camerounaise*. Les Editions Universitaires Européennes. 236 p.

NKWENKEU F. S., BARRERE J-Y. (2007), *Du local au multilatéral : Pour une meilleure utilisation des espaces de coopération entre l'Europe et l'Afrique*, in : Tarrit F. (Eds), *Le Livre Blanc pour une Politique en Afrique transparente et responsable*, L'Harmattan, 87-101.

NKWENKEU F. S., KENNEDY G., PHILIPPE S., ZAYED J. (2002), « Oral manganese intake estimated with dietary records and with direct chemical analysis », *The Science of the Total Environment (Elsevier Science Publishers, Finland)*, 287 (1-2), 147-153.

NKWENKEU F. S., ZAYED J. (2001), *Dietary manganese intake of adults based on consumption of self-selected diets*. 40th Annual Meeting of the Society of Toxicology (SOT), March 25-29, 2001, Moscone Convention Center, San Francisco, CA, USA.

NKWENKEU F.S. (2004a), Évaluation des soins obstétricaux d'urgence complets et de base dans les Districts de santé d'Eséka et de Lagdo. Rapport d'étude Ministère de la santé publique - UNFPA, 2004a. 61 p.

NKWENKEU F.S. (2004b), *Analyse de la situation des fistules obstétricales dans les provinces de l'Extrême-Nord et du Nord Cameroun*. Rapport d'étude du Ministère de la santé publique - UNFPA, 92 p. http://www.endfistula.org/docs/na_cameroon.

NKWENKEU F.S. (2007), *Relations économiques et commerciales UE-ACP en déséquilibre : De l'intégration du différentiel de développement à l'institution d'un libre échange*. Billet d'Afrique Info. Décembre n°164 Paris-Sorbonne. www.billetsdafrique.info/IMG/.

NKWENKEU F.S., FARGEON V., OFFREDI C. (2012), « Socioeconomic inequalities in child and maternal health care in Cameroon », *Online Journal of Social Sciences Research*, 1 (8), 251-264.

NORDHAUS W., TOBIN J. (1973), « Is Growth Obsolete? » in: *The Measurement of Economic and Social Performance, Studies in Income and Wealth*, National Bureau of Economic Research, vol.38.

NORTH D. C. (1990), *Institutions, Institutional Change and Economic Performance*, Cambridge University Press.

NORTH D. C. (1994), « Economic performance through time », *American Economic Review*, 84 (3), 359-368.

NORTH F, SYME SL, FEENEY A, HEAD J, SHIPLEY MJ, MARMOT MG. (1993), « Explaining socioeconomic differences in sickness absence : the Whitehall II study », *British Medical Journal*, 306, 361–366.

NOZICK R. (1974), *Anarchy, State and Utopia*, Oxford, Blackwell ; trad. fr. *Anarchie, Etat et Utopie*, Paris : Presses Universitaires de France, 1988, 448 p.

NTANGSI J. (1998), *An analysis of Health Sector Expenditures in Cameroon Using a National Health Accounts Framework*. World Bank resident Mission: Yaoundé. p.22.

NUSSBAUM M. (1988), « Nature, Functioning and Capability: Aristotle on Political Distribution », *Oxford Studies in Ancient Philosophy, Supplementary Volume*, 145-184.

O

OFFREDI C., RAVOUX F. (2010), *La notion d'utilité sociale au défi de son identité*, L'Harmattan, 269 p.

OR Z., JUSOT F., YILMAZ E. (2009), « Inégalités de recours aux soins en Europe. Quel rôle attribuable aux systèmes de santé ? », *Revue Economique*, 60, 521-543.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE – OMS (1986), *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé*. WHO/HPR/HEP/95.1. OMS, Genève, 1986.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE (1978), *Alma Ata 1978 : les soins de santé primaires*, Genève, OMS, coll. Santé pour tous, 1, 1978.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE (2008), *Primary health care : now more than ever*, Rapport sur la santé dans le monde 2008.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE. (2000), *Rapport sur la santé dans le monde, 2000, pour un système de santé plus performant*. Genève, 2000.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE. (2005), *Systèmes de financement de la santé: comment réduire les dépenses catastrophiques*, Résumé technique pour les décideurs n°2, Département de l'OMS Financement des systèmes de santé.

P

PALIER B., SUREL Y. (2005), « Les 3 I et l'analyse de L'Etat en action », *Revue Française de Science Politique*, 55 (1), 7-32.

PARKER S, PIER E. (1999), Mexico. In: GREENE E., ZEVALLOS J., SUAREZ R.(eds). *Health systems inequalities and poverty in Latin America and the Caribbean*. Washington (DC): Pan American Health Organization/World Bank, 1999.

PATHAK P. K. (2009), *Geographical variation in poverty and child malnutrition in India. Population, Poverty and Health: Analytical Approaches*. Hindustan Publishing Corporation, New Dehli, IndiaSingh KK, Yadava RC, Pandey P.

PAUGAM S. (2000), *Le Salarié de la précarité*, PUF, Paris 2000, 437 p.

PERET B. (2001), *L'évaluation des politiques publiques*. Paris, La Découverte, Repères, 329, 124 p.

PERIERA J. (1993), « What does Equity in Health Mean? », *Journal of Social Policy*, 22 (1), 19-48.

PHELPS C. E. (1973), *Demand for health insurance : a theoretical and empirical investigation*, R-1054, OEO, Rand Corporation, Santa Monica.

PIERSON P. (1997), « Increasing returns, path dependence and the study of politics », *EUI Working Papers*, 44, 1-46.

PIGOU A. C. (1920), *The economics of welfare*, Londres MacMillan: Transaction Publishers, 878 p.

PIROTTE J. (2004), *La mobilisation missionnaire, prototype des propagandes modernes (XIXe-XXe siècles)*, in *La mission en texte et en image*, Karthala, Paris, 211-232.

PNUD – PROGRAMME DES NATIONS UNIES POUR LE DEVELOPPEMENT (2013), *Rapport sur le développement humain 2013 - L'essor du Sud : le progrès humain dans un monde diversifié*, Bureau du Rapport sur le développement humain, New York, 228 p.

R

RAEBURN J., ROOTMAN I. (1998), *People Centered Health Promotion*, Chichester (England): John Wiley and Sons, 1998.

RAWLS J. (1971), *A Theory of Justice*, The Belknap Press of Harvard University Press ; trad. fr. de Catherine AUDARD, *Théorie de la justice*, Paris : Editions du Seuil, 2^{ème} édition, 1997, 666 p.

REMA Y S. (2000), *Recours aux soins et dépenses de santé dans les ménages camerounais en milieu urbain*, Etude réalisée à Yaoundé dans le quartier de Ndjong-Melen. Institut de Santé et Développement (Paris VI), Santé Publique et pays en Voie de Développement: Paris. p. 42.

REPUBLIQUE DU CAMEROUN (2005), Révision du Document de Stratégie Nationale de Réduction de la Pauvreté (DSRP) – document transitoire, 2005, 44 p.

REPUBLIQUE DU CAMEROUN (2010), Troisième Recensement Général de la Population et de l'Habitat (3^{ème} RGPH) de 2005 (résultats publiés en 2010).

REPUBLIQUE DU CAMEROUN. (2003), Document de Stratégie Nationale de Réduction de la Pauvreté (DSRP), 2003.

RICE T. H., LABELLE R. J. (1989), « Do Physicians Induce Demand for Medical Services? », *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 14 (3), 587-600.

RICHARDSON J., JORDAN G. (1979), *Governing Under Pressure*. Oxford: Martin Robertson.

RIDDE V. (2003), « Fees-for-services, cost recovery, and equity in a district of Burkina Faso operating the Bamako Initiative », *Bulletin of World Health Organization*, 87 (7), 532-538.

RIDDE V. (2004a), « L'évaluation de programme en santé internationale : qu'est-ce que c'est, comment la planifier et utiliser une approche participative ? », *Développement et Santé*, 169, 23-29.

RIDDE V. (2004b), *L'initiative de Bamako 15 ans après. Un agenda inachevé*. The World Bank, Washington, 2004.

RIDDE V. (2006), *Équité et mise en œuvre des politiques de santé au Burkina Faso*, L'Harmattan, Coll. « Études Africaines », 536 p.

RIDDE V., GIRARD J-E. (2004), « Douze ans après l'initiative de Bamako : constats et implications politiques pour l'équité d'accès aux services de santé des indigents africains », *Santé Publique*, 41, 37-51.

ROBEYNS I. (2005), « The Capability Approach: a Theoretical Survey », *Journal of Human Development*, 16, 93-117.

ROCHAIX L., JACOBZONE S. (1997), « L'hypothèse de demande induite : un bilan économique », *Economie et Prévisions*, 129-130, 25-36.

ROSAVALLON P. (1995), *La nouvelle question sociale. Repenser l'Etat-Providence*, Le Seuil, Paris, p.71.

S

SABATIER P. A (1986), « Top-Down and Bottom-Up Approaches to Implementation Research : A Critical Analysis and Suggested Synthesis », *Journal of Public Policy*, 6, 21-48.

SABATIER P. A., SCHLAGER E. (2000), « Les approches cognitives des politiques publiques : perspectives américaines », *Revue française de science politique*, 50 (2), 189-208.

SABATIER P.A. (1993), « Advocacy-Koalitionen, Policy-Wandel und Policy-Lernen: Eine Alternative zur Phasenheuristik », *Politische Vierteljahresschrift*, Numéro Spécial "Policy-Analyse, Kritik und Neuorientierung", Adrienne Héritier (dir.), 24, 117-148.

SAHN D. E., ALDERMAN. H. (1997), « On the determinants of nutrition in Mozambique: The importance of age-specific effects », *World Development*, 25 (4), 577-588.

SAHN E., YOUNGER S.D. (1999), *Dominance Testing of Social Sector Expenditures and Taxes in Africa*. Working Paper 99/172, International Monetary Fund.

SAMBA M.E. (2004), *Systèmes de santé en Afrique, Qu'est ce qui s'est détraqué ?* Communication personnelle du Directeur régionale de l'OMS pour l'Afrique, 2004.

SANDEL M. (1999), *Le libéralisme ou les limites de la justice*, Paris, Le Seuil.

SAUCIER A. & BRUNELLE Y. *Les indicateurs et la gestion par résultats*, 1995; cité par RIDDE V. «Fees-for-services, cost recovery, and equity in a district of Burkina Faso operating the Bamako Initiative», *Bulletin of World Health Organization*, 87(7), 532-538.

SAUERBORN R., NOUGTARA A., LATIMER E. (1994), « The Elasticity of Demand for Health Care in Burkina Faso: Differences Across Age and Income Groups », *Health Policy Planning*, 9 (2), 185-192.

SCHELLENBERG J.A., VICTORA C.G., MUSHI A., DE SAVIGNY D., SCHELLENBERG D., MSHINDA H., BRYCE J. (2003), « Inequities among the very poor: health care for children in rural southern Tanzania », *The Lancet*, 1-6 (*published on line*),

SCHLUCHTER W. (2005), « Action, ordre et culture. Eléments d'un programme de recherche webérien », *Revue française de sociologie*, 4, 653-683.

SCHNEIDER P., DIOP F.P., BUCYANA S. (2000), *Development and Implementation of Prepayment Schemes in Rwanda*. Technical Report No. 45. Bethesda, MD: Partnerships for Health Reform (PHR) Project.

SCHNEIDER-BUNNER C. (1997), *Santé et justice sociale. L'économie des systèmes de santé face à l'équité*. Ed. Economica, 273 p.

SCHRIJVERS C., STRONKS K., VAN DE MHEEN H.D., MACKENBACH J.P. (1999), «Explaining Educational Differences in Mortality : The Role of Behavioral and Material Factors », *American Journal of Public Health*, 89 (4), 681-688.

SCHULTZ T. (1975), « The value of the ability to deal with disequilibria », *Journal of Economic Literature* 13 (3), 827-846.

SCHUMPETER J. (1983), *Histoire de l'analyse économique*, Paris, Gallimard, Tome 3, p. 589.

SELOWSKY M. (1979), « Who Benefits from Government Expenditures? A Case Study of Columbia » New York, Oxford University Press.

SEN A-K. (1973), « On the development of basic income indicators to supplement GNP measures », *UN Economic Bulletin for Asia and the Far East*, 24 (2-3), 1-11.

SEN A-K. (1979), « Utilitarianism and Welfarism », *Journal of Philosophy*, 76 (9), 463-489.

SEN A-K. (1980), « Equality of What? », in S. McMurrin (ed.), *The Tanner Lectures on Human Values*, vol.1, University of Utah Press, Salt Lake City, reprinted in Sen 1982, 353-369.

SEN A-K. (1982), « Equality of what ? », in MCMURRIN S.M. (Dir), *Liberty, Equality and Law*, Salt Lake City, University of Utah Press, 137-162.

SEN A-K. (1982), « Equality of what ? », in MCMURRIN S.M. (Dir), *Liberty, Equality and Law*, Salt Lake City, University of Utah Press, 137-162.

SEN A-K. (1985), *Commodities and Capabilities*, London, Elsevier Science Publishing Company.

SEN A-K. (1992), *Inequality Re-examined*, Harvard, Harvard University Press,

SEN A-K. (1998), « Mortality as an indicator of success or failure », *Economic Journal*, 108, 1-25.

SEN A-K. (1999a), *L'Economie est une science morale*, Paris : La Découverte, coll « Cahiers Libres », 125 p.

SEN A-K. (1999b), *Development as Freedom*, A. Knopf Inc ; trad. Fr. de Michel Bessières, *Un nouveau Modèle Economique : Développement, Justice, Liberté*, Paris: Odile Jacob, 2003, 368 p.

SEN B. (1997), *Health and poverty in the context of country development strategy: a case study on Bangladesh*. Geneva: World Health Organization; Macroeconomics and Health Development Series No. 26. Unpublished document WHO/ICO/MESD.26.

SHI L. (1994), « Primary Care, Specialty Care, and Life Chances », *International Journal of Health Services*, 24, 431-458.

SHULOCK N. (1999), « The Paradox of Policy Analysis ? » *Journal of Policy Analysis and Management*, 18 (2), 226-244.

SIMMEL G. (1999), *Sociologie*. Etudes sur les formes de socialisation, Paris, PUF, Coll. Sociologie, 1999.

SOUSA A, HILL K., DAL POZ M. R. (2010), « Sub-national assessment of inequality trends in neonatal and child mortality in Brazil », *International Journal for Equity in Health*, 9-21.

STARFIELD B. (2001), « Improving equity in health: a research agenda », *International Journal of Health Services*, 31 (3), 545-566.

STARFIELD B., SHI L., MACINKO J. (2005), « Contribution of primary care to health systems and health », *The Milbank Quarterly*, 83 (3), 457-502.

SUREL Y (1998), « Idées, intérêts, institutions dans l'analyse des politiques publiques », *Pouvoirs*, 87, 161-178.

T

TANTI-HARDOUIN N. (2000), « Regards d'économiste sur les défis de la santé dans les pays en voie de développement », *Bulletin Amades*, 2000 (En ligne], URL : <http://amades.revues.org/index429.html>

TESSA.T-T. E. (2001), « Santé, pauvreté et équité : état de la question au début du XXI^e siècle », In JOHNSON N., NEUFELD V. *Une santé branchée sur la recherche: Perspectives du Conseil de la recherche en santé pour le développement*, CRDI Publications, 320 p.

THOENIG J-C. (1978), « Etude sociologique des organisations », *La Recherche en Sciences Humaines : bilans et perspectives*. Paris, CNRS, 128-131.

TIZIO S (2005), « Trajectoires socio-économiques de la régulation des systèmes de santé dans les pays en développement: une problématique institutionnelle », *Mondes en Développement*, 33 (131), 45-58.

TIZIO S. (1998), *La participation communautaire dans les politiques de santé subsahariennes : un égalitarisme dénaturé ?* in Mehaut P. & Mosse P. (Dirs) : « Les politiques sociales catégorielles. Fondements, Portée et Limites », Tome 2, L'Harmattan, 533-554

TIZIO S. (2003), « Les deux modèles polaires de politique sanitaire dans les pays en développement », *Économies et Sociétés*, série F, 41, 1261-1278.

TIZIO S. (2004), « Etats de santé et systèmes de soins dans les pays en développement. La contribution des politiques de santé au développement durable », *Mondes en Développement*, 32 (127), 99-115.

TIZIO S. (2005), « trajectoires socio-économiques de la régulation des politiques de santé dans les pays en développement : une problématique institutionnelle », *Mondes en Développement*, 33 (131), 45-58.

TIZIO S. (2005), « Trajectoires socio-économiques de la régulation des systèmes de santé dans les pays en développement: une problématique institutionnelle », *Mondes en Développement*, 33 (131), 45-58.

TIZIO S., FLORY Y-A. (1997), « L'initiative de Bamako : santé pour tous ou maladie pour chacun? », *Revue Tiers Monde*, Tome 38, 38, 837-858.

TOBIN J. (1980), *Asset Accumulation and Economic Activity: Reflections on contemporary macroeconomic activity*, Chicago: University of Chicago Press, UK.

TONDA J. (1990), « Les églises comme recours thérapeutiques » In : FASSIN D. & JAFFRÉ Y. (Dir). *Société, développement et santé*, Paris, Ellipses/AUPELF.

TSUI K. (1999), « Multidimensional inequality and multidimensional generalized entropy measures: an axiomatic approach », *Social Choice and Welfare*, 16, 145-158.

U

UKELES J. (1997), « Policy Analysis: Myth or Reality? », *Public Administration Review*, vol. 37, 3, 223-228.

UNDP - UNITED NATIONS DEVELOPMENT PROGRAMME (1995), *Human Development Report 1995*. New York: Oxford University Press, Technical notes 1 and 2 and chapter 3.

UNFPA – UNITED NATIONS POPULATION FUND. (2002), *Etat de la Population Mondiale 2002: population, pauvreté et potentialités*. Division de la Population (ONU), 81 p.

UNICEF (2006), *State of the world's children in 2005*. New York: Oxford University Press.

UNICEF. (1997), *Implementing health sector reforms: a review of eight country experiences implementing in Africa*. New York: UNICEF, Division of Evaluation, Policy and Planning, 1997.

UNICEF. (2005), *State of the world's children*. New York: Oxford University Press.

V

VAN DOORSLAER E., KOOLMAN X. (2004), « Explaining income-related inequalities in doctor utilization in Europe », *Health Economics*, 13 (7), 629-647.

VAN LERBERGHE, W., DE BROWERE V. (2000), *État de santé et santé de l'État en Afrique subsaharienne*, in *La santé en Afrique, anciens et nouveaux défis*, La documentation française (Ed.), Paris, 175-190.

VAN PARIJS P. (1995), *Real Freedom for All*, Clarendon Press, Oxford.

VARONE F., DE VISSCHER C. (2001), *Évaluer les politiques publiques. Regards croisés sur la Belgique*, Louvain-la-Neuve : Academia-Bruylant.

VERO J., WERQUIN P. (1997), « Un réexamen de la mesure de la pauvreté. Comment s'en sortent les jeunes en phase d'insertion ? », *Économie et Statistique*, 307, 308-309.

VILLEVAL M.C. (2002), *Comment on Technological Change and Employment: A Critical Survey*, in N. GREENAN, Y. LHORTY, J. MAIRESSE (eds.), "Productivity, Inequality and the Digital Economy", Boston, The MIT Press, 133-137.

VIVEROS M. (1990), « La relation entre médecins et malades », In : FASSIN D. & JAFFRÉ Y. (Dirs). *Société, développement et santé*, Paris, Ellipses/AUPELF.

W

WAGMAN B., FOLBRE N. (1996), « Household Services and Economic Growth in the U.S., 1870-1930 », *Feminist Economic*, 2 (1), 43-66.

WAGSTAFF A. (2000), « Socioeconomic inequalities in child mortality: comparisons across nine developing countries », *Bulletin of the World Health Organization*, 78 (2), 19-29.

WAGSTAFF A. (2001), *Inequalities in health in developing countries: swimming against the tide?* Washington (DC): World Bank; Policy Research Working Paper.

WAGSTAFF A. (2001), *Poverty and health*. Boston (MA): WHO Commission on Macroeconomics and Health; 2001.Working Group No.1, Working Paper No. 5.

WAGSTAFF A. (2002), « Poverty and health sector inequalities », *Bulletin of the World Health Organization*, 80 (2), 97-105.

WAGSTAFF A. (2005), « The Bounds of the Concentration Index When the Variable of Interest Is Binary, with an Application to Immunization Inequality », *Health Economics*, 14 (4), 429-32.

WAGSTAFF A., PACI P., VAN DOORSLAER E. (1991), « On the measurement of inequalities in health », *Social Science and Medicine*, 33, 545-557.

WAGSTAFF A., VAN DOORSLAER E. (2000a), *Equity in Health Care Finance and delivery*, in A.J. Culyer & J.P. Newhouse: *Handbook of Health Economics*. Elsevier, Amsterdam, 1803-1862.

WAGSTAFF A., VAN DOORSLAER E. (2000b), « Measuring and testing for inequity in the delivery of health care », *Journal of Human Resources*, 35, 716-733.

WAGSTAFF A., VAN DOORSLAER E. (2001), « Paying for health care: reflections on and alternatives to the World Health Organization's fairness of financing index », Development Research Group and Human Development Network, World Bank.

WAGSTAFF A., VAN DOORSLAER E., WATANABE N. (2001), *On decomposing the causes of health sector inequalities, with an application to malnutrition inequalities in Vietnam*. Washington (DC), World Bank Policy Research Working Paper n°. 2714.

WALLE VAN DE D. (1998), « Assessing the Welfare Impacts of Public Spending », *World Development*, 26, 365-379.

WALLISER B., ZWIRN D. (2002), « Can Bayes' Rule Be Justified by Cognitive Rationality Principles? », *Theory and Decision*, 53 (2), 95-135.

WATERS H. R., DOUGHERTY L., TEGANG S-P., TRAN N., WIYSONGE C. S., LONG, K., WOLFE N.D., BURKE, D.S. (2004), « Coverage and costs of childhood immunizations in Cameroon », *Bulletin of the World Health Organization*, 82, 668-675.

WEBER M. (1971), *Economie et Société*, trad française, Paris, Plon.

WEITZMAN M. L. (1976), « On the Welfare Significance of National Product in a Dynamic Economy », *The Quarterly Journal of Economics*, 90, 156-162.

WHITEHEAD M. (1990), *The concept and principles of equity in health*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.

WHITEHEAD M., DAHLGREN G. (2006), *Concepts and principles for tackling social inequities in health: leveling up Part*. WHO Collaborating Centre for Policy Research on Social Determinants, University of Liverpool, 45 p.

WHITEHEAD M., DAHLGREN G., EVANS T. (2001), « Equity and health sector reforms: can low-income countries escape the medical poverty trap? », *Lancet*, 358 (92-84), 833-836.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. (1978), *Declaration of Alma-Ata, International Conference on Primary Health Care*, Alma-Ata, USSR, WHO : 79.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. (1996), *Equity in health and health care : a WHO/SIDA initiative* (Vol. WHO/ARA/96.1). Geneva.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. (2001), Report on WHO technical consultation on fairness in financing contribution. 4-10-2001, Geneva, Switzerland.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. (2006), World health report: working together for health. Geneva: Author.

WILKINSON R. (2002), *L'inégalité nuit gravement à la santé*, Cassini, Paris.

WITTER S., ENSOR T., JOWETT M., THOMPSON R. (2000), *Health economics for developing countries. A practical guide*. London and Oxford: MacMillan Education Ltd.

WOLDEHANNA T., JONES N. (2005), « How pro-poor is Ethiopia's Education Expansion? A Benefit Incident Analysis of Education since 1995/96 », *Young Lives, an International Study of Childhood Poverty*.

WORLD BANK (1994), Adjustment in Africa. Reforms, results and the road ahead, USA, Washington DC, The World Bank Group.

WORLD BANK. (1998), *Assessing Aid: What Works? What doesn't, and Why?* The World Bank, Washington DC, Oxford University Press, 1998.

WORLD BANK. (2001a), *HNP Chapter for PRSP Sourcebook*, 2001 Version, World Bank, Washington, D.C., 2001.

WORLD BANK. (2001b), *World Development Report 2001, Attacking Poverty*. Oxford University Press, Oxford, 2001.

WORLD BANK. (2005), *Reaching the poor with Health, Nutrition and Population Services : What Works? What doesn't, and Why?* The World Bank, Washington DC, 2005.

X

XU K., EVANSA D.B., KADAMAA. P., NABYONGA. J., OGWAL P.O., NABUKHONZO P., AGUILAR A.M. (2006), Understanding the impact of eliminating user fees: Utilization and catastrophic health expenditures in Uganda. *Social Science and Medicine*, 62, 866-876.

XU, K., EVANS D., CARRIN G., AGUILAR-RIVERA. A. M. (2005), « Systèmes de financement de la santé : Comment réduire les dépenses catastrophiques », dans Résumé technique pour décideurs, n°2. Genève: World Health Organization, Department of Health Systems Financing.

Y

YIENGPRUGSAWAN V., LIM L.L., CARMICHAEL G., SIDORENKO A., SLEIGH A. (2007), « Measuring and decomposing inequity in self-reported morbidity and self-assessed health in Thailand », *International Journal for Equity in Health*, 6, 23, 1-17.

YOUNG J.C. (1981), « Non-use of Physicians: Methodological Approaches, Policy Implications, and the Utility of Decision Models », *Social Science and Medicine*, vol. 15B, 4, 499-507.

YOUNGER S.D. (1999), « The relative progressivity of social services in Ecuador », *Public Finance Review*, 27, 3, 310-352.

Z

ZADEH L.A. (1965), « Fuzzy Sets », *Information and Control*, 8, 3, 338–353.

ZADEH L.A. (1978), « Fuzzy sets as a basis for theory of possibility », *Fuzzy Sets and Systems*, 1, 3-28.

ZEMPLINI A. (1985), *La maladie et ses causes. Introduction*. L'ethnographie, 2, 13-44.

Liste des sigles et acronymes

χ^2 :	Probabilité du Khi-carré
ACP :	Analyse en Composantes Principales
APA :	Arrangements Politico-administratifs
ARV :	Antirétroviraux
BAD :	Banque Africaine de Développement
BCG:	Bacille Calmette et Guérin
BIA :	Benefit Incidence Analysis
BM :	Banque Mondiale
C2D :	Contrat de Désendettement/Développement
CA :	(Capability approach) Approche par les capacités
CAPP :	Centre d'Approvisionnement Pharmaceutique Provincial
CCA :	Common Country Assessment (Bilan Commun de Pays)
CCM :	Capacité Contributive des Ménages
CDE :	Convention sur les Droits de l'Enfant
CDMT :	Cadre de Dépenses à Moyen Terme du Gouvernement
CDSS :	Commission sur les Déterminants Sociaux de la Santé
CEMAC :	Communauté Économique et Monétaire de l'Afrique Centrale
CENAME :	Centrale Nationale d'Approvisionnement en Médicaments et Consommables Essentiels
CI :	(Concentration Indice) Indice de Concentration
CMA :	Centre Médicalisé d'Arrondissement
CMB :	Comité Multi-Bailleurs
CNLS :	Comité National de Lutte contre le SIDA
COGE :	Comité de Gestion
COGEDI :	Comité de Gestion du District

COGEPRO :	Comité de Gestion Provinciale
COSA :	Comité de Santé
COSADI :	Comité de Santé de District
CPN :	Consultation Périnatale
CSI :	Centre de Santé Intégré
CUSS :	Centre Universitaire des Sciences de la Santé (devenu FMSB)
DAA:	Déclaration d'Alma-Ata
Depcata:	Dépense catastrophique
DPSP :	Délégué Provincial de la Santé Publique
DPvS :	Dépense annuelle privée de santé
DSA :	Dimensions Sociales de l'Ajustement
DSCE	Document de Stratégie pour la Croissance et l'Emploi
DSRP :	Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté
DTCoq :	Vaccin contre la Diphtérie, le Tétanos et la Coqueluche (ou DTC)
DUDH :	Déclaration Universelle des Droits de l'Homme
ECAM :	Enquête Camerounaise Auprès des Ménages
ECV :	Enquête sur la Couverture Vaccinale
EDS :	Enquête Démographique et de Santé
FASR :	Facilité d'Ajustement Structurel Renforcée
FBO :	(Faith-Based Organisation) Organisation à base confessionnelle
FCFA :	Franc de la Communauté Financière Africaine
FMI :	Fonds Monétaire International
FRPC :	Facilité pour la Réduction de la Pauvreté et la Croissance
FRSPS :	Fonds Régional Spécial de Promotion de la Santé
FS :	Formation Sanitaire
FSPS :	Fonds Spécial Provincial pour la Santé
GTC :	Groupe Technique Central

GTZ :	(Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit) Coopération technique allemande devenue GIZ
HD:	Hôpitaux de District
HS:	(Health Supply) Offre de santé
HSI:	(Health Supply Indice) Indice d'offre de santé
IB:	Initiative de Bamako
IDH :	Indice de Développement Humain
IEC :	Information, Éducation et Communication
IMI :	(Infant Mortality Indice) Indice de Mortalité Infantile
INS :	Institut National de la Statistique
IPM :	Indice de Pauvreté Multidimensionnelle
ISF :	Indice Synthétique de Fécondité
KfW :	Banque Allemande de Développement
Km ² :	Kilomètre-carré
M&E :	(Monitoring and Evaluation) Suivi et Evaluation
MAPE :	Maladie à Potentiel Épidémique
MICS :	Enquête par Grappes à Indicateurs Multiples
MSP :	Ministère de la Santé Publique
OBC :	Organisation à Base Communautaire
OIT :	Organisation Internationale du Travail
OMD :	Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS :	Organisation Mondiale de la Santé
ONG :	Organisation Non Gouvernementale
OOP :	(Out-Of-Pocket) paiement ou débours direct
OR :	Odds-ratio
OSC :	Organisation de la Société Civile
OUA :	Organisation de l'Unité Africaine (devenue Union Africaine)
PAM :	Programme Alimentaire Mondial

PAS :	Programme d'Ajustement Structurel
PCIME :	Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant
PD :	Policy Design
PETS :	Public Expenditure Tracking Survey
PEV :	Programme Élargi de Vaccination
PIB	Produit Intérieur Brut
PIDESC :	Pacte International relatif aux Droits Economiques, Sociaux et Culturels
PMA :	Paquet Minimum d'Activités
PNDS :	Plan National de Développement Sanitaire
PNG:	Programme National de Gouvernance
PNUD	Programme des Nations Unies pour le Développement
PPA :	Programme Politico-administratif
PPTE :	Pays Pauvre Très Endetté
PTME :	Prévention de la Transmission Mère-Enfant
PVVS :	Personne Vivant avec le VIH/SIDA
REOSSP :	Réorientation des Soins de Santé Primaires
RG :	Référentiel Global
RGPH :	Recensement Général de la Population et de l'Habitat
RGS :	Rapport Global-Sectoriel
RPP :	Référentiel des Politiques Publiques
RS :	Référentiel Sectoriel
SIDA :	Syndrome d'Immunodéficience Acquise
SMDS :	Sommet Mondial de Développement Social
SNV :	Organisation Néerlandaise de Développement
SSP :	Soins de Santé Primaires
SSS :	Stratégie Sectorielle de la Santé
SUI:	(Service Utilization Indice) Indice d'utilisation des Services

SWAp:	(Sectorwide Approach) Approche budgétaire
TBN :	Taux brut de natalité
TMIJ :	Taux de Mortalité Infanto-Juvénile
TR :	Théorie de régulation
UE :	Union Européenne
UNDP :	United Nations Development Programme
UNFPA :	Fonds des Nations Unies pour la Population
UNICEF :	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
VIH :	Virus de l'Immunodéficience Humaine
ZIP :	Zone d'Intervention Prioritaire

Liste des graphiques, tableaux et autres illustrations

LISTE DES GRAPHIQUES

Graphique 1. Cadre conceptuel permettant de comprendre les inégalités face à la santé	38
Graphique 2. Carte administrative du Cameroun	42
Graphique 3. Pyramide par groupes d'âges de la population du Cameroun en 2010	43
Graphique 4. Courbe présentant les trois 'i' de la pauvreté	83
Graphique 5. Contribution (%) des ménages aux dépenses totales de consommation par quintile (1984 – 2001)	85
Graphique 6. Structure de dépenses de consommation par quintile de bien-être (ECAM 1996)	88
Graphique 7. Structure de dépenses de consommation par quintile de bien-être (ECAM 2001)	88
Graphique 8. Structure des dépenses des ménages par quintile (ECAM 1996).....	90
Graphique 9. Structure des dépenses des ménages par quintile (ECAM 2001).....	90
Graphique 10. Le cycle d'une politique publique	114
Graphique 11. Fonctionnement d'une politique publique.....	138
Graphique 12. Les éléments de la stratégie des SSP (d'après WHO, 1978).....	146
Graphique 13. Institutions, acteurs et ressources d'une politique publique.....	175
Graphique 14. Dispositif de coordination gouvernementale du secteur de la santé (Minsanté)	201
Graphique 15. Interactions entre les déterminants, la politique sectorielle (SSS) et l'équité	205
Graphique 16. Les courants de l'économie du bien-être et les niveaux d'application dans le cycle de politique publique [NKWENKEU, 2010]	218
Graphique 17. La transformation des biens en utilité selon SEN	231
Graphique 18. Illustration du débat entre RAWLS et SEN sur la conception de la justice ...	235
Graphique 19. Cadre conceptuel d'analyse de la pauvreté et des disparités	237
Graphique 20. Évolution de la couverture vaccinale (tous les antigènes) entre 2000 et 2008 ^s	249
Graphique 21. Évolution de la proportion des femmes enceintes ayant suivi au moins 3 CPN avant l'accouchement (1991 – 2006)	251
Graphique 22. Différentiel entre l'utilisation des services curatifs formels et informels entre 2001 et 2007	252
Graphique 23. Choix de recours thérapeutique suivant le milieu de résidence et la structure de dépenses en 2005.....	255
Graphique 24. Équité dans la répartition des formations sanitaires	262
Graphique 25. Utilisation des structures de santé (formelle et non formelle) par les pauvres et les non pauvres en 2007	267

Graphique 26. Concentration de la couverture vaccinale en BCG (12-23 mois).....	272
Graphique 27. Concentration de la couverture vaccinale DTCoq 3 (12-23 mois).....	272
Graphique 28. Concentration de la couverture vaccinale globale (tous les antigènes chez les 12-23 mois).....	273
Graphique 29. Concentration de l'assistance à l'accouchement par un personnel qualifié....	273
Graphique 30. Répartition des malades selon la première raison justifiant le choix de la consultation moderne ou traditionnelle	282
Graphique 31. Répartition des malades selon la première raison justifiant le choix de l'automédication et l'abstention/prière.....	286
Graphique 32. Evolution de la croissance annuelle du PIB entre 1995 et 2008 et des dépenses publiques de santé	314
Graphique 33. Evolution en pourcentage du paiement direct des soins par les ménages au Cameroun entre 1995 et 2008	315
Graphique 34. Distribution des dépenses publiques et privées de santé par habitant (2008)	316
Graphique 35. Courbes de dominance des dépenses de santé en 2001 et 2007	318
Graphique 36. Courbes de concentration des transferts pour les hôpitaux de 2eme niveau en 2001 et 2007	333
Graphique 37. Courbes de concentration des transferts pour les centres de santé intégrés en 2001 et 2007	333
Graphique 38. Courbes de progressivité des transferts pour les hôpitaux de 2 ^{eme} niveau en 2001 et 2007	334
Graphique 39. Courbes de progressivité des transferts pour les centres de santé intégrés en 2001 et 2007	334
Graphique 40. Courbes de concentration de l'utilisation des services de santé de 3 ^{eme} niveau en 2001 et 2007	337
Graphique 41. Courbes de concentration de l'utilisation des services de santé de 2 ^{eme} niveau en 2001 et 2007	337
Graphique 42. Courbes de concentration de l'utilisation des services de santé de 1er niveau en 2001 et 2007	338
Graphique 43. Courbes de progressivité selon le milieu de résidence dans l'utilisation des services de santé de 3eme niveau en 2001 et 2007	339
Graphique 44. Courbes de concentration de l'utilisation des services de santé de 2eme niveau en 2001 et 2007	339
Graphique 45. Courbes de concentration de l'utilisation des services de santé de 1er niveau en 2001 et 2007	340
Graphique 46. Pourcentage des ménages ayant fait face à des dépenses catastrophiques de santé en 2001 et 2007	347
Graphique 47. Les facteurs déterminants des dépenses catastrophiques de santé en 2007....	352
Graphique 48. Distribution des IC pour l'accouchement institutionnel en 1998 et 2004	364
Graphique 49. Distribution de la couverture en DTC3 en 1998 et 2004.....	364
Graphique 50. Distribution spatiale et évolution de l'indice santé entre 1998 et 2004.....	366
Graphique 51. Distribution spatiale et évolution de l'indice de concentration pour l'accouchement institutionnel et de la couverture en DTC3	368

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1. Evolution (%) des indicateurs macroéconomiques au Cameroun (1976- 2007)....	47
Tableau 2. Evolution de l'indice de Gini entre 1996 et 2007.....	82
Tableau 3. Dimensions spatiales de la pauvreté au Cameroun en 2007.....	84
Tableau 4. Évolution des principaux indicateurs de survie entre 1991 et 2004.....	99
Tableau 5. Synthèse des hypothèses de médiation dérivées des RPP sur l'« ajustement par le haut » [NAHRATH, 2003]	129
Tableau 6. Chartes de l'OMS pour la promotion de la santé	151
Tableau 7. Liens entre les sous-programmes de la SSS et les OMD dans le domaine de la santé.....	206
Tableau 8. Critères et indicateurs d'analyse [RIDDE, 2003].....	247
Tableau 9. Les différents types de recours par milieu de résidence et les coûts des médicaments y afférant	254
Tableau 10. Capacité de l'offre de soins au niveau opérationnel en 2008	263
Tableau 11. Situation générale de la pauvreté et des privations entre 2001 et 2007.....	264
Tableau 12. Tendances d'équité à l'accouchement et dans l'accès au DTC3 suivant le quintile de bien-être économique entre 1998 et 2004.....	269
Tableau 13. Indices de Gini pour chaque variable étudiée et par année	271
Tableau 14. Probabilités de recours (effets bruts et effets nets) aux soins modernes	298
Tableau 15. Probabilités de recours (effets bruts et effets nets) à l'automédication.....	299
Tableau 16. Dépenses en santé suivant les différentes sources entre 1998 et 2004 (en MFcfa)	320
Tableau 17. Décomposition des transferts par quintile et par catégorie de formation sanitaire	330
Tableau 18. Indice de concentration des transferts	331
Tableau 19. Concentration et progressivité des bénéfices selon le milieu de résidence	335

Tableau 20. Utilisation des services de santé par quintiles des dépenses de consommation par tête et par catégorie de formation sanitaire publique (%).....	336
Tableau 21. Variables indépendantes pour l'analyse des déterminants des dépenses catastrophiques	343
Tableau 22. Les facteurs déterminants des dépenses catastrophiques de santé en 2001.....	350
Tableau 23. Capabilités et vecteurs de fonctionnement correspondants.....	361
Tableau 24. Indice multidimensionnel de santé en 1998 et 2004	365
Tableau 25. Distribution de l'échantillon des enquêtes EDS 1991, 1998 et 2004.....	386
Tableau 26. Indicateurs d'offre des services de santé dans les Districts de santé enquêtées des 2 provinces	394
Tableau 27. Analyse FFOM du cadre de mise en œuvre de la Politique sanitaire au niveau des Districts sanitaire - province de l'Extrême -Nord	395
Tableau 28. Analyse FFOM du cadre de mise en œuvre de la Politique sanitaire au niveau des Districts sanitaire - province du Nord-Ouest.....	397

Table de matières

REMERCIEMENTS.....	5
SOMMAIRE.....	7
INTRODUCTION GENERALE.....	10
1. Eléments de cadrage historique et contextuel.....	10
<i>a. Des ruptures qui représentent de véritables défis pour le système national.....</i>	<i>13</i>
<i>b. Une recomposition des politiques sanitaires strictement subordonnée aux politiques économiques.....</i>	<i>17</i>
<i>c. Un modèle de financement à bout de souffle qui pèse sur l'accessibilité.....</i>	<i>17</i>
2. Design de recherche.....	24
3. Plan de la thèse.....	29
 CHAPITRE I. DES POLITIQUES ÉCONOMIQUES QUI AMPLIFIENT LES INÉGALITÉS DE SANTÉ ET LA DÉSORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ.....	 33
Introduction du Chapitre 1.....	33
1.1. Présentation succincte du Cameroun et de sa dynamique démographique.....	39
1.2. Situation macroéconomique et réponses institutionnelles contraignantes à l'accès à la santé : une triple évolution.....	46
<i>1.2.1. Une trajectoire historique dessinant trois grands moments de politiques économiques.....</i>	<i>48</i>
<i>1.2.1.1. De 1965 à 1985 : les politiques de croissance économique et de stabilisation.....</i>	<i>50</i>
<i>1.2.1.2. De 1985 à 1994 : les politiques d'ajustement structurel pour faire face à l'effondrement de l'économie.....</i>	<i>55</i>
<i>1.2.1.3. De 1995 à nos jours : les politiques de réduction de la pauvreté et de relance pour l'amélioration macroéconomique et la croissance.....</i>	<i>59</i>
<i>1.2.2. Des réponses institutionnelles explicatives des problèmes d'accessibilité et d'aggravation des inégalités de santé.....</i>	<i>68</i>
<i>1.2.2.1. Des actions de lutte contre les grandes endémo-épidémies (1845-1965) aux</i>	

<i>programmes verticaux (1965-1978).....</i>	<i>69</i>
<i>1.2.2.2. Du Plan National de Développement Sanitaire à une politique publique explicite du secteur (1978-2001).....</i>	<i>73</i>
1.3. La persistance des inégalités de santé comme conséquence des contraintes exercées par les politiques économiques.....	78
<i>1.3.1. Distribution du bien-être socioéconomique et comportements de consommation des services par les ménages.....</i>	<i>79</i>
<i>1.3.2. L'effet de l'organisation du système sur l'évolution de la situation sanitaire la persistance des inégalités de santé.....</i>	<i>93</i>
<i>1.3.2.1. Le couple mère-enfant et la morbi-mortalité.....</i>	<i>96</i>
<i>1.3.2.2. La situation sanitaire générale et la vulnérabilité des pauvres par rapport aux plus aisés.....</i>	<i>99</i>
Conclusion du chapitre 1.....	102
 CHAPITRE II. INFLUENCE DE L'ÉCONOMIQUE DANS L'ÉDITION ET LA MISE EN ŒUVRE DES POLITIQUES PUBLIQUES DE SANTE.....	107
 Introduction du chapitre 2.....	107
2.1. Design de recherche et hypothèses pour une analyse empirique des changements institutionnels en matière de santé.....	111
<i>2.1.1. Politique publique et intervention (action) publique : essai de définition des notions aux contours non stabilisés.....</i>	<i>112</i>
<i>2.1.1.1. Opérationnalisation du concept « politique publique ».....</i>	<i>112</i>
<i>a. La politique publique comme champ de problématisation de l'ordre politique et social.....</i>	<i>114</i>
<i>b. La politique publique comme champ de conceptualisation de l'action collective.....</i>	<i>117</i>
<i>2.1.1.2. L'intervention (ou action) publique : un concept différent ?.....</i>	<i>119</i>
<i>2.1.2. Construction d'une démarche empirique qui s'appuie sur l'approche d'analyse des politiques publiques par les référentiels.....</i>	<i>121</i>
<i>2.1.2.1. Les approches néo-institutionnaliste et de référentiels des politiques publiques (RPP) comme grilles de décryptage des changements institutionnels.....</i>	<i>122</i>
<i>2.1.2.2. Relecture des hypothèses de l'« ajustement par le haut » dérivées des RPP.....</i>	<i>127</i>

2.1.3. Cadre méthodologique et matériel utilisé.....	132
2.1.3.1. Une approche descriptive et évaluative en plusieurs étapes.....	132
2.1.3.2. Le matériel utilisé.....	133
2.2. Explications du changement des politiques de santé suivant les hypothèses de l'«ajustement par le haut ».....	136
2.2.1. L'édiction internationale comme vecteur de diffusion d'une nouvelle vision pour le secteur.....	138
2.2.1.1. De la crise des modèles de déterminants de la santé.....	139
a. Le modèle Lalonde.....	140
b. Le modèle Evans et Stoddart.....	141
c. Le modèle Dahlgren et Whitehead.....	142
d. Le modèle CDSS.....	143
2.2.1.2. ...à la construction inachevée d'un nouveau répertoire de représentations et d'action..	144
a. La mise en œuvre des SSP définis lors de la Déclaration d'Alma-Ata.....	145
b. La mise en application des principes de l'Initiative de Bamako.....	146
c. La contractualisation ou l'orientation sélective pour plus d'équité dans les politiques sanitaires efficaces	147
2.2.1.3. L'encastrement social de la santé : vers un nouveau référentiel sectoriel en faveur de l'accessibilité ?.....	149
2.2.2. La construction économico-dépendante de la politique publique (SSS) et la mise à mal du référentiel d'accessibilité.....	151
2.2.2.1. Les communautés épistémiques et leurs stratégies d'influence.....	153
a. Définition des communautés épistémiques.....	154
b. Des communautés épistémiques qui expriment un conflit de paradigmes.....	156
c. Le jeu d'acteurs dans la médiation.....	157
2.2.2.2. Le policy design de la SSS : un changement de forme pour une continuité sur le fond.....	174
a. La définition politique du problème public à résoudre et les objectifs poursuivis.....	176
b. La formulation du programme politico-administratif (PPA) : modèle d'action, hypothèses causales et hypothèses d'intervention.....	178

c. Les instruments.....	180
d. Les arrangements politico-administratifs (APA) de mise en œuvre.....	182
e. Les groupes cibles.....	185
f. Les groupes des profiteurs (gagnants) et des lésés (perdants).....	186
2.2.2.3. <i>Le défaut d'institutionnalisation de la fonction d'évaluation amplifie l'asymétrie entre 2 référentiels.....</i>	187
a. L'évaluation des politiques publiques : définition.....	188
b. Le défi du processus évaluatif.....	189
c. La difficile contextualisation des choix stratégiques contraignante pour l'accessibilité aux soins.....	191
Conclusion du chapitre 2.....	208

CHAPITRE III. EFFICACITÉ DU SYSTÈME DISTRIBUTIF ET DÉFAUT D'ÉQUITÉ DANS L'ACCÈS AUX SOINS ET L'UTILISATION DES SERVICE..... 213

Introduction du chapitre 3.....	213
3.1. Traitement théorique du couple efficacité - équité sous le prisme de l'accessibilité à la santé.....	217
3.1.1. <i>Les principes fondateurs de la justice économique en rapport avec l'équité en matière d'accès à la santé.....</i>	221
3.1.1.1. <i>L'utilitarisme et la notion de bien-être individuel.....</i>	221
3.1.1.2. <i>Le welfarisme.....</i>	222
3.1.2. <i>Sen face à Rawls au nom de l'égalité sur la conception de la justice.....</i>	224
3.1.2.1. <i>La justice comme équité : une base morale pour l'égalité d'accès aux soins.....</i>	225
3.1.2.2. <i>Le changement d'espace d'évaluation du bien-être.....</i>	228
3.1.2.3. <i>Quel changement dans la conception de la justice ?.....</i>	233
a. La mesure et la qualification de la pauvreté et des inégalités de santé.....	236
b. Le remodelage de l'État social à travers les systèmes de prévoyance.....	239
3.2. Évolution des indicateurs d'efficacité et d'équité.....	243
3.2.1. <i>Critères et indicateurs d'analyse de l'efficacité et de l'équité dans la mise en œuvre des</i>	

<i>politiques sanitaires</i>	244
3.2.2. <i>Evolution des indicateurs d'efficacité : vers une maximisation du bien-être collectif ?</i>	248
3.2.2.1. <i>La vaccination et les consultations prénatales</i>	248
3.2.2.2. <i>Utilisation des services curatifs et accessibilité aux médicaments</i>	251
3.2.2.3. <i>Participation de la population et recouvrement des coûts</i>	256
3.2.3. <i>L'évolution des indicateurs d'équité et la minimalisation d'un « égalitarisme » affiché</i>	260
3.3.2.1. <i>Répartition interrégionale des ressources</i>	261
3.2.3.2. <i>Participation de la population au financement de la santé</i>	265
3.3.3.3. <i>Utilisation des services et mesures d'exception</i>	266
a. <i>Utilisation de services</i>	266
b. <i>Mesure d'exception</i>	275
3.3. <i>Le pluralisme thérapeutique dans le choix des recours : entre perception communautaire de la santé et capacité à fonctionner</i>	280
3.3.1. <i>Le choix de recours thérapeutique</i>	281
3.3.1.1. <i>La consultation moderne et traditionnelle</i>	281
3.3.1.2. <i>L'automédication (moderne/ traditionnelle) et l'abstention/prière</i>	284
3.3.2. <i>Les déterminants individuels et socio-économiques de recours aux soins</i>	286
3.3.2.1. <i>Le modèle de régression logistique (LOGIT)</i>	288
a. <i>Formalisation mathématique du modèle</i>	289
b. <i>Estimation et interprétation</i>	289
c. <i>Significativité des estimateurs</i>	293
3.3.2.2. <i>Résultats de l'estimation</i>	294
a. <i>Recours aux soins modernes</i>	295
b. <i>Recours à l'automédication</i>	296
3.3.2.3. <i>Analyse des recours thérapeutiques suivant trois modes de déterminants : individuels, socio-économiques et spatio-environnementaux</i>	300
a. <i>Les déterminants individuels : l'âge, le sexe, la situation matrimoniale, le niveau d'instruction</i>	300
b. <i>Les déterminants socio-économiques</i>	303

c. Les déterminants spatio-environnementaux.....	305
Conclusion du chapitre 3.....	306

CHAPITRE IV. ÉVALUATION DE L'ÉQUITÉ DES DÉPENSES PUBLIQUES DE SANTÉ ET DES BÉNÉFICES RÉVÉLÉS DE L'UTILISATION DES SERVICES..... 310

Introduction du chapitre 4.....	310
4.1. Incidence des dépenses publiques de santé.....	313
4.1.1. Structure et évolution des dépenses de santé.....	313
4.1.1.1. Degré de paiement direct.....	314
4.1.1.2. Structure et évolution des dépenses de santé (dépenses publiques vs dépenses privées)..	316
4.2. Distribution et progressivité des dépenses publiques de santé.....	322
4.2.1. Mesure de la progressivité des transferts et de l'accès aux soins.....	323
4.2.1.1. Méthode de détermination des bénéfices réellement acquis.....	324
a. La détermination des budgets votés et exécutés.....	325
b. Détermination des dépenses des usagers des services de santé.....	325
c. Estimation des bénéfices acquis du recours aux structures de soins publics.....	326
4.2.1.2. Détermination de la progressivité per capita.....	327
4.2.1.3. La progressivité des transferts.....	328
a. Concentration des transferts par catégorie de formation sanitaire en 2001 et 2007.....	333
b. Progressivité des transferts par catégorie de formation sanitaire en 2001 et 2007.....	334
4.2.1.4. La progressivité de l'accès et des bénéfices générés de l'utilisation des services.....	328
a. Concentration de l'utilisation des services publics de santé suivant le niveau de vie.....	337
b. Progressivité de l'utilisation des services de santé suivant le milieu de résidence.....	339
4.2.2. Les dépenses de santé individuelles catastrophiques et leur impact sur l'appauvrissement des ménages.....	340

4.2.2.1. <i>Distribution des dépenses catastrophiques</i>	341
4.2.2.2. <i>Les déterminants des dépenses catastrophiques</i>	348
4.3. La nécessité de repenser la mesure d’impacts des politiques publiques à partir de l’accès et l’utilisation des services.....	353
4.3.1. <i>Les données, les variables et le cadre d’analyse</i>	356
4.3.1.1. <i>Les données</i>	356
4.3.1.2. <i>Les variables</i>	357
4.3.1.3. <i>Le cadre d’analyse</i>	357
a. La mesure des inégalités à l’aide de l’indice de concentration: une approche unidimensionnelle.....	357
b. La mesure des inégalités à l’aide de l’indice multidimensionnel de santé.....	358
4.3.1.4. <i>Traitement statistique</i>	362
4.3.2. <i>Les résultats du modèle d’analyse</i>	362
4.3.2.1. <i>Distribution de l’accès aux soins mesuré à travers les indices de concentration</i> ...	362
4.3.2.2. <i>Distribution de l’accès aux soins mesurée à travers l’indice composite de santé</i>	365
Conclusion du chapitre 4.....	372
CONCLUSION GENERALE.....	375
ANNEXES.....	385
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	442
LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES.....	474
LISTE DES TABLEAUX, GRAPHIQUES ET AUTRES ILLUSTRATIONS.....	479
TABLE DES MATIERES.....	484